

Aus der Privatklinik für Psychogene Störungen,
Berlin/Grunewald

(Leiter: Dr. med. H. Kallfass)

und

der Abteilung für Psychosomatik und Psychotherapie
der Medizinischen Klinik und Poliklinik des
Universitätsklinikums Steglitz der Freien Universität Berlin
(Leiter: Prof. Dr. H.H. Studt)

Behandlungsabbrüche in der Anfangsphase der stationären Psychotherapie

Inaugural-Dissertation

zur

Erlangung der medizinischen Doktorwürde
an den Medizinischen Fachbereichen
der Freien Universität Berlin

vorgelegt von

Klaus Winkelmann

aus Berlin

1983



Digitized by the Internet Archive
in 2026

Aus der Privatklinik für Psychogene
Störungen, Berlin/Grunewald
(Leiter: Dr. med. H. Kallfass)
und
der Abteilung für Psychosomatik und
Psychotherapie der Medizinischen Klinik
und Poliklinik des Universitätsklinikums
Steglitz der Freien Universität Berlin
(Leiter: Prof. Dr. H. H. Studt)

Behandlungsabbrüche in der Anfangsphase
der stationären Psychotherapie

Inaugural-Dissertation
zur
Erlangung der medizinischen Doktorwürde
an den Medizinischen Fachbereichen
der Freien Universität Berlin

vorgelegt von
Klaus Winkelmann
aus Berlin

Referent: Prof. Dr. H.H. Studt

Korreferent: Fr. Prof. Dr. A. Dührssen

Gedruckt mit Genehmigung der Medizinischen Fachbereiche
der Freien Universität Berlin

Promoviert am: 26.10.1983

INHALTSVERZEICHNIS

Seite

1	EINLEITUNG	4
1.1	Zielsetzung der Arbeit	4
1.2	Literaturübersicht	6
1.2.1	Stationäre Psychotherapie	6
1.2.2	Die Therapeuten	7
1.2.3	Die Abbruchs-Patienten	9
1.2.4	Die therapeutische Beziehung	10
1.3	Hypothesen	12
2	METHODIK DER UNTERSUCHUNG	14
2.1	Die Klinik	14
2.2	Die Fragebogen	16
2.3	Methodik der Auswertung der Fragebogen	18
2.4	Kritische Bemerkungen zur Methodik	19
3	ERGEBNISSE	22
3.1	Formale Ergebnisse der Untersuchung	22
3.2	Ergebnisse des Therapeuten-Fragebogens	23
3.2.1	Allgemeine Daten	24
3.2.2	Die Berufserfahrung der Therapeuten	25
3.2.3	Die Selbsteinschätzung der Therapeuten	29
3.2.3.1	Die Selbsteinschätzung in der theoretischen Einstellung zum Beruf	29
3.2.3.2	Die Selbsteinschätzung im therapeutischen Verhalten	31
3.2.3.3	Die Selbsteinschätzung über die Gefühle in der Therapie	35
3.3	Ergebnisse des Abbrecher-Fragebogens	38
3.3.1	Objektive Daten der Abbrecher	39
3.3.2	Einschätzung der Prognose	44
3.3.3	Äußerungen zum Abbruch	46
3.3.4	Erwartungen an die Therapie	48
3.3.5	Fertigkeiten der Therapeuten	52
3.3.6	Unverträglichkeiten in der therapeutischen Beziehung	55

	Seite
3.3.7 Übertragungs- und Gegenübertragungs- probleme	59
3.3.7.1 Übertragungsgefühle	59
3.3.7.2 Gegenübertragungsgefühle	67
3.3.8 Selbsteinschätzung der Therapeuten im Vergleich mit ihren tatsächlich erlebten Gefühlen und Affekten	72
3.3.9 Weiteres Schicksal der Abbrecher	75
4 DISKUSSION DER ERGEBNISSE	77
4.1 Die Therapeuten	77
4.2 Die Abbrecher	79
4.3 Die therapeutische Beziehung	80
5 ZUSAMMENFASSUNG	83
6 LITERATURVERZEICHNIS	85
7 ANHANG: DIE FRAGEBOGEN	90

DANKSAGUNG

Mein Dank gilt Frau Riehl für die Anregungen bei der Erstellung der Fragebogen, Herrn Grüner, der das Material zur statistischen Auswertung aufarbeitete, Herrn Prof. Studt für die anregenden Hinweise bei den gemeinsamen Diskussionen.

Nicht zuletzt danke ich meinen Kolleginnen und Kollegen für die Beantwortung der Fragebogen, die diese Untersuchung damit überhaupt ermöglichten.

1 EINLEITUNG

1.1 Zielsetzung der Arbeit

Behandlungsabbrüche in der Psychotherapie werden im allgemeinen als ein unangenehmes und nicht wünschenswertes Ereignis angesehen. Ihre Thematisierung hat etwas Heikles. Besonders dann, wenn es nicht Überzeugend gelingt, die Ursachen des Abbruchs in erster Linie beim Patienten zu sehen, gerät der Therapeut und die therapeutische Beziehung ins Blickfeld. Dann wirft der Behandlungsabbruch beim Therapeuten selber Fragen auf, ob er evtl. etwas "falsch" gemacht hat, in der Beziehung etwas Übersehen hat. Gleichzeitig muß er mit einem Ereignis fertig werden, welches für ihn immer auch eine Kränkung seines beruflichen Selbstbildes bedeuten muß.

Die vorliegende Untersuchung will einen Beitrag dazu leisten, mehr Einblick in die Hintergründe von Behandlungsabbrüchen zu bekommen. Sie konzentriert sich dabei auf Behandlungsabbrüche im Bereich der stationären Psychotherapie und hier besonders auf das Abbruchsgeschehen in der Anfangsphase des stationären Aufenthalts. Dabei gehen wir nicht davon aus, daß der Abbruch unbedingt ein unerwünschtes Ereignis sein muß; kann er doch für den Patienten als Ausdruck wiedergefundener Autonomie oder Reorganisierung des Abwehrgefüges durchaus ein positiver Schritt sein.

In unserer Arbeit geht es allerdings nicht darum, mögliche Fehler aufzuspüren, auch nicht darum, in eher kausal-reduktiver Weise aufzuzeigen, wieso es zu dem Abbruch kommen mußte.

Unser Augenmerk richtete sich vielmehr auf die Frage, was denn in diesen Fällen zwischen dem Therapeuten und Patienten geschehen war, ja, ob überhaupt Auffälligkeiten zu verzeichnen waren.

Unsere Fragen richteten sich ausschließlich an die Therapeuten: Was konnten sie uns zum Abbruch sagen? Gab es objektive abbruchsfördernde Momente und Konstellationen? Zeichnete sich die therapeutische Beziehung durch Besonderheiten aus?

Wir fragten uns, wie die Beteiligung der Therapeuten gerade bei diesen Fällen war und welcher Art ihre Affekte und Gefühle dabei waren. Das Erleben innerhalb der therapeutischen Situation stand im Zentrum unserer Fragestellungen. Sie richteten sich dabei ausschließlich an eine Seite der Beziehung, nämlich an die Therapeuten, welche die Abbruchspatienten behandelt hatten.

1.2 Literaturübersicht

1.2.1 Stationäre Psychotherapie

Die Literatur über die stationäre Psychotherapie macht uns auf einige Besonderheiten im Vergleich zur ambulanten Psychotherapie aufmerksam. RUFFLER (1956/57) versteht die klinische psychotherapeutische Behandlung als Einleitung analytischer Behandlung besonders bei psychosomatischen Patienten. Diese würden in vermehrten Ausmaße erst einer Erziehung zur Analyse benötigen. Besonders zu Beginn der stationären psychotherapeutischen Behandlung würde der Patient in eine kurze, aber intensive Krise geraten, die BECKER und LÜDECKE (1978) darin begründet sehen, daß der Patient in seinen Erwartungen an eine klinische Behandlung gerade durch die Erfahrungen, die er in bisherigen klinischen Institutionen gemacht hat, enttäuscht werde. Er fände eine Krankenstation vor, die im Vergleich zum üblichen Krankenhausbetrieb wenig strukturiert ist und ihn in seiner Rolle als Patient verunsichert. HELLWIG (1981) spricht von dem Schock des Fremden am Anfang der stationären Psychotherapie. Er empfiehlt, gleich zu Anfang die zeitliche Begrenzung der Behandlung zu betonen: das wäre hilfreich und prägend, um mit dem Anfangsschock fertigzuwerden.

Über die Häufigkeit von Abbrüchen in der stationären Therapie gibt es nur spärliche Angaben. WIEGMANN (1968) hatte unter den ersten tausend Aufnahmen seiner Klinik ein Drittel absolute Fehleinweisungen, bemerkt aber dazu, daß sich dieses Zahlenverhältnis inzwischen zweifellos gebessert hätte. De BOOR (1963) hatte 20 %, die das Behandlungsangebot ablehnten, wobei es sich um Poliklinik-Patienten handelte. Aus einer out-patient-psychiatric clinic stammt die Angabe von FRANK (1957), daß 31 % die Behandlung noch vor dem 4. Tag abbrachen. HEINE (1960) gibt eine Abbruchquote zwischen 30 und 65 % an, wobei hier die in den USA nicht übliche Trennung von Neurosen- und Psychosenbehandlung berücksichtigt werden muß.

1.2.2 Die Therapeuten

Die Rolle des Therapeuten beim Abbruchgeschehen wird selten systematisch untersucht, dagegen finden sich verstreut recht viele Bemerkungen.

Die Erfahrung und Qualifikation des Therapeuten ist dabei ein wichtiger Aspekt. HILER (1954) hat gezeigt, daß Therapeuten mit besserer analytischer Qualifikation gut motivierte Patienten eher halten können. BAUM (1966) betont die Bedeutung einer therapeutischen Einstellung, die als Aufgaben-orientiert (task-oriented) bezeichnet wird. Darunter versteht er die Fähigkeit des Therapeuten, aktiv sein zu können, ohne seine Rolle zu verwässern und damit Überstarken Identifizierungen mit neurotischen Anteilen der Patienten entgegen zu können.

HEINE (1960) spricht in ähnlichem Sinn von dem instrumentellen Charakter der therapeutischen Beziehung.

RUFFLER (1956/57) sieht die Besonderheit der Therapeuten im stationären psychotherapeutischen Bereich, die die schwierige Aufgabe einer kombinierten Therapie (organische Behandlung und Psychotherapie) beherrschen müßten.

Unbestritten ist die Bedeutung einer fundierten analytischen Behandlungstechnik mit korrekter Erfassung der Psychodynamik, richtiger Einschätzung der Ich-Stärke und ausreichender Erfassung der Übertragungs- und Gegenübertragungsgefühle (DENGROVE 1950, KOREN 1951). Fehlerhafte Behandlung der negativen Übertragungsgefühle und dabei besonders der feindseligen Gefühle seien ein häufiger Abbruchgrund (DENGROVE). Dahinter stünde, so DENGROVE meistens, zu wenig Verständnis der eigenen Persönlichkeit des Therapeuten.

Auch DEHE et al. (1979) haben in ihrer kasuistischen Untersuchung von abgebrochenen Behandlungen im Zusammenhang mit der Dynamik der Beziehung besonders ihr Augenmerk auf den Therapeuten gerichtet. Jeder Patient, so meinen sie, tendiere unbewußt dazu, seine gewohnten neurotischen interpersonellen Arrangements auch in der therapeutischen Beziehung selber aufzubauen (psychosoziale Abwehr). Für einen positiven Behandlungsverlauf sei es von großer Bedeutung, daß der Therapeut in der Lage ist, diese unbewußten Tendenzen des Patienten zu erfassen

und adäquat mit ihnen umzugehen. Die Autoren beschreiben verschiedene Konstellationen, welche den Abbruch fördern können. Dabei handelt es sich im Grunde um fehlerhafte Behandlungstechniken, wobei es um ein adäquates Erfassen der Szene und um den gekonnten Umgang mit Deutungen geht. Die Autoren sehen eine erhöhte Abbruchsbereitschaft, wenn die Therapeuten aufgrund eigener "blinder Flecken" von den Patienten in eine neurotisch agierende Gegenübertragung gebracht werden. Dann gerieten sie durch ihr reales Verhalten tatsächlich in die von den Patienten unbewußt gewünschten Rollen des psychosozialen Arrangements, ohne daß diese Situation reflektiert und bearbeitet werden könne.

Das Vermögen zu empathischer Kontaktaufnahme wird als eine wichtige Eigenschaft für die Herstellung einer tragenden Beziehung angesehen (FRANK 1957, HILER 1954). Wichtig sei auch, daß der Therapeut überzeugt davon ist, daß seine Methode Erfolg erzielen kann (Suggestive Wirkung; FRANK).

WÄLTI et al. (1980) haben für das Gelingen einer Therapie ein baldiges Erreichen eines Aspektwechsels als notwendig angesehen. Gemeint ist damit, daß es dem Patienten mit Hilfe seines Therapeuten gelingt, möglichst bald seine Problematik aus einer anderen Perspektive zu betrachten und damit von der eingefahrenen verzerrten Wahrnehmung Abstand gewinnen zu können.

Die Autoren sahen in ihrer Untersuchung wenige Abbrüche bei Therapeuten, die deutlich jünger waren als ihre Patienten. Sie begründeten dieses Ergebnis damit, die jüngeren Therapeuten würden eher akzeptierend und stützend die älteren Patienten behandeln und weniger auf Persönlichkeitsveränderung ausgerichtet sein. Die Autoren weisen auch auf die Möglichkeit eines ärztlich provozierten Abbruchs hin, wenn aus einer nicht näher gekennzeichneten Gegenübertragungskonstellation heraus ein unausgesprochener Wunsch des Therapeuten besteht, den Patienten loszuwerden.

Das Geschlecht der Therapeuten beeinflußt die Abbruchquote nicht (WÄLTI 1980).

RIEMANN (1959/60) hat die Eigenstruktur der Persönlichkeit des Therapeuten in ihrer Auswirkung in der therapeutischen

Praxis beschrieben. Er hat konfliktträchtige Beziehungskonstellationen zwischen einem Therapeuten mit bestimmten Struktureigentümlichkeiten und dem Patienten einer bestimmten neurotischen Struktur exemplarisch herausgearbeitet. So fallen dem depressiv strukturierten Therapeuten besonders schizoide und hysterische Patienten schwer, der zwanghafte Therapeut hat Schwierigkeiten mit hysterischen Patienten. Aber es ist nicht RIEMANNS Anliegen, daraus bestimmte Abbruchkonstellationen zu prognostizieren. Lediglich dem hysterischen Patienten traut er einen impulsiven Abbruch zu.

1.2.3 Die Abbruchs-Patienten

In der Literatur herrscht Übereinstimmung darüber, daß es keine spezifische Abbrecher-Persönlichkeit gibt, sich keine Patientenvariable herausarbeiten läßt, mit welcher sich Abbrecher von Nicht-Abbrechern unterscheiden ließen (BORGI 1963, FREEDMAN 1958).

Trotzdem werden den Abbrechern immer wieder bestimmte Eigenschaften zugeschrieben: sie würden vermehrt zu Skepsis und Mißtrauen neigen; sie würden generell enge Beziehungen meiden und sie hätten eher die Erwartung nach Information und Anordnung und weniger die Erwartung sich mitzuteilen (WÄLTI 1980). DENGROVE (1950) und KOREN (1951) bescheinigen den Abbrechern geringere Motivation, wobei eher die Familie gedrängt hätte. Sie seien auch nur ungenau über die bevorstehende therapeutische Behandlung informiert. Abbrechende Patienten würden der Therapie in der Weise einen Widerstand entgegenstellen, indem sie die emotionale Basis ihrer Beschwerden verleugneten. Auch würden sie dazu neigen, Deutungen generell zurückzuweisen.

Geschlecht und Alter der Patienten beeinflusst nach übereinstimmender Ansicht nicht die Wahrscheinlichkeit, daß es zu einem Abbruch kommt. WÄLTI (1980) allerdings sieht mehr Abbrecher unter den jüngeren Patienten (unter 35 Jahre) als unter den über 35-Jährigen. Ihm ist dabei aufgefallen, daß die abbrechenden Patienten im Vergleich zu den Therapeuten altersmäßig eher gleichaltrig sind.

1.2.4 Die therapeutische Beziehung

Von verschiedenen theoretischen Ansätzen her (Psychoanalyse, Rollentheorie, Kommunikationstheorie) wird in der Literatur dem Aspekt der therapeutischen Beziehung nachgegangen, wobei immer wieder der Versuch gemacht wird, deutlicher herauszuarbeiten, was eine gelungene und was eine mißlungene Beziehung charakterisiert.

HEINE (1960) hat auf die Gegenseitigkeit (mutuality) der Erwartungen zwischen Patient und Therapeut hingewiesen. Er zeigt, daß es Erwartungen von Seiten des Patienten gibt, welche im üblichen medizinischen Betrieb durchaus realistisch sind, jedoch im Bereich der Psychotherapie nicht erfüllt werden. So wird z. B. die Erwartung des Patienten, diagnostisch informiert zu werden oder ein Medikament verschrieben zu bekommen, im allgemeinen von Psychotherapeuten aufgrund ihres vom üblichen medizinischen Betriebs abweichenden Selbstverständnisses zurückgewiesen. Diese Diskrepanz in den gegenseitigen Erwartungen kann eine Quelle für einen Therapieabbruch sein.

Verbleibende Patienten dagegen sind in ihren Erwartungen an die Therapie eher kongruent mit dem Rollenbild der Therapeuten. Daher wird eine Komplementarität der Rollendefinition als Bedingung für eine erfolversprechende Therapie postuliert. Wenn allerdings die anfänglichen Erwartungen und auch Fehlerwartungen der Patienten nicht genügend berücksichtigt werden, dann kann diese Komplementarität erst gar nicht erreicht werden. Die Therapeuten verlieren dann den Patienten, bevor ein Muster gegenseitiger Zusammenarbeit ("pattern of mutual collaboration"), wir würden sagen ein Arbeitsbündnis, erstellt werden konnte.

BORGHI (1968) hat diesen Aspekt der Inkongruenz in den gegenseitigen Erwartungen bestätigt und weiter ausgeführt, daß ein Patient mit unklaren Erwartungen dazu neigt, die - wenn vorhanden - klaren Erwartungen seines Therapeuten zu übernehmen. Umgekehrt kann ein Patient mit recht klaren Erwartungen an die Therapie den Therapeuten dazu bringen, seine Vorstellungen zu übernehmen. Auf diese Weise besteht die Möglichkeit, eine zunächst fehlende Kongruenz der Erwartungen wieder herzustellen und damit die Bedingungen für eine Therapie überhaupt erst

zu schaffen.

BORGHI hat außerdem auf eine mögliche Diskrepanz zwischen bewußten und möglichen unbewußten Erwartungen hingewiesen, er hat die starke Bedeutung der unbewußten Erwartungen betont und ebenfalls auf die Schwierigkeit ihres Nachweises hingewiesen.

Empathie gilt als ein wichtiger Faktor für die Aufrechterhaltung einer therapeutischen Beziehung (FRANK 1957).

BAUM (1966) charakterisiert den Beziehungsaspekt mit der Bezeichnung "empathische Brücke", womit das Verbindende und Interaktionelle betont wird. HILER (1954) spricht von der notwendigen Verträglichkeit (compatibility) zwischen Arzt und Patient. FREEDEMAN et al. (1958) sind am ausführlichsten der Bedeutung des interaktionellen Aspektes für den Abbruch nachgegangen. Sie sehen den initialen Kontakt als entscheidend an; er bestimmt, ob die Therapie fortgesetzt wird oder ob es zum Abbruch kommt. Die Reaktion des Arztes beim ersten Kontakt hätte eine tiefe Auswirkung auf den späteren Verlauf der Behandlung. Sie sehen die therapeutische Beziehung als ein komplexes Produkt aus Übertragung, Gegenübertragung sowie situationsbedingten Gegebenheiten. In ihrer Untersuchung stellten sie fest, daß eine therapeutische Beziehung, in der der Therapeut emotionale Äußerungen des Patienten realisiert und dieser sie auch äußern kann, das Verbleiben in der Therapie noch nicht sichert. Zusätzlich müssen die Einstellung des Patienten zu seiner Krankheit, seine Motivation und seine Erwartung an die Behandlung als mitentscheidende Faktoren mit in Betracht gezogen werden, wenn man eine Voraussage über den Abbruch machen will. So kann z.B. ein Patient, der erwartungsvoll im Bewußtsein seiner Krankheit in die Klinik kommt, auf einen Therapeuten treffen, der ihm kein Echo gibt, die gefühlhaften Mitteilungen des Patienten nicht aufnimmt. Dieser Patient bricht dann aus Enttäuschung ab (drop out by extinction). Umgekehrt kann ein wenig motivierter Patient, der seine Krankheit weitgehend verleugnet, auf ein warmherziges Beziehungsangebot des Therapeuten treffen. Das unerwartete Beziehungsangebot kann in diesem Fall beim Patienten den Widerstand gegen die Therapie noch erhöhen und einen Abbruch bewirken (drop out

by avoidance).

Die Untersuchung von FREEDMAN et al. ist deshalb von großer Bedeutung, weil hier erstmals der Beziehungsaspekt in seiner Abhängigkeit von Patienten-Variablen (Motivation) und Therapeuten-Variablen (emotionales Angebot) betrachtet wird.

1.3 Hypothesen

Aufgrund unserer Zielsetzung in Verbindung mit der oben diskutierten Literatur zum Thema des Therapieabbruchs stellten wir folgende Hypothesen auf:

a) Die Therapeuten

Die Therapeuten der Abbruchpatienten sind eher Berufsanfänger.

Sie haben aus diesem Grund häufig Versagensgefühle, und sie führen den Abbruch auf eine fehlerhafte Technik und mangelhafte Fertigkeiten im therapeutischen Handwerk zurück.

Den Erwartungen des Abbruchpatienten fühlen sie sich eher nicht gewachsen.

Sie gewinnen keinen überzeugenden Einblick in die Psychodynamik des Patienten.

b) Die Abbrecher

Die Abbrecher unterscheiden sich von den verbleibenden Patienten durch folgende Besonderheiten:

Ihre Prognose wird als eher ungünstig eingeschätzt.

Von der Neurosenstruktur her finden sich häufig schizoide Anteile.

Der Altersunterschied gegenüber den Therapeuten ist geringer als der zwischen den verbleibenden Patienten und ihren Therapeuten.

Der Abbruch ist vorhersehbar: die Abbrecher äußern von vornherein Abbruchsabsichten, und die Therapeuten erwarten auch den Abbruch, wobei sie innerlich eher dazu neigen, dem Abbruchswunsch nichts in den Weg zu stellen.

Es finden sich häufig Unklarheiten im Behandlungsvertrag: die Abbrecher können ihr Behandlungsanliegen nicht deutlich genug vermitteln und ihre Erwartungen an die Therapie sind unklar.

Es gelingt ihnen auch nicht, in der Anfangsphase der Therapie ihre Problematik unter einem neuen Aspekt zu betrachten.

c) Die therapeutische Beziehung

Die Arzt-Patient Beziehung zeichnet sich beim Abbruch durch eine Art Unverträglichkeit aus. Die Beziehung ist von hoher "affektiver Ladung".

Die Übertragungsgefühle, besonders die negativen Übertragungsgefühle, sind dem Therapeuten unklar. Er unterbewertet ihre Bedeutung deshalb, wobei er auch selber widersprüchliche und "vernebelte" Gegenübertragungsgefühle entwickelt.

2 METHODIK

2.1 Die Klinik

Die Untersuchung wurde an der "Privatklinik für psychogene Störungen "(Wiegmann-Klinik)" in Berlin vorgenommen. Als Untersuchungsmaterial dienten uns die Therapeuten dieser Klinik sowie das Aktenmaterial der Patienten, welche die stationäre Behandlung abgebrochen hatten. Wir beschränkten uns dabei in unserer Untersuchung auf die Patienten, die zwischen dem 5. und dem 14. Aufenthaltstag die Klinikbehandlung abgebrochen hatten. Diese von uns vorgenommene Definition, wen wir als Abbruchpatienten bezeichnen, resultiert aus den Eigentümlichkeiten des Aufnahme- und Behandlungsverfahrens der oben genannten Klinik, welche näher erläutert werden sollen.

Es handelt sich um eine eigenständige Einrichtung zur stationären analyt. Psychotherapie von Patienten mit psychosomatischen, psychovegetativen und psychischen Symptomen (WIEGMANN 1968). Der Schwerpunkt der analytischen Arbeit liegt auf der Einzeltherapie, während Gruppenarbeit nachgeordnet, wenn auch wichtige und unabdingbare Funktionen hat. Die Aufenthaltsdauer der Patienten liegt zwischen 6 Wochen und 4 Monaten, im Durchschnitt ca. 12 Wochen. Suchtpatienten sind von der Behandlung ausgeschlossen.

Das Aufnahmeverfahren zeichnet sich dadurch aus, daß die niedergelassenen Ärzte den Patienten telefonsich vorstellen und der Aufnahmearzt aufgrund der mündlichen Mitteilungen über eine Behandlungsindikation und Aufnahme entscheidet. Persönliche Vorgespräche finden nicht statt. Der Patient hat am ersten Aufnahmetag ein orientierendes Gespräch über seinen Beschwerdekompex, am zweiten Tag erfolgt dann eine Zweitsicht durch den Leiter der Klinik. Am dritten Tag erhält der Patient seinen für ihn zuständigen Therapeuten, der in etwa drei Therapiestunden eine ausführliche Anamnese des Patienten erhebt. Zwischen dem 7. und 10. Tag des Aufenthaltes des Patienten ist die Anamnese im allgemeinen abgeschlossen, der Behandlungsplan

und die Zielsetzung erstellt, so daß mit Sicherheit noch vor dem 14. Tag die Therapie im eigentlichen Sinne begonnen hat (die spezielle Therapie; WIEGMANN 1968).

Die Abbrecher vom 1. bis zum 4. Tag der Aufnahme wurden deshalb in die Untersuchung nicht mit hineingenommen, weil es sich um Frühabbrecher handelt, die sich noch im Stadium der Diagnostik befinden. Zu einem Kontakt mit ihrem Therapeuten ist es bis dahin im allgemeinen noch gar nicht oder höchstens einmal gekommen, so daß der uns in dieser Arbeit interessierende Problembereich noch gar nicht zum Tragen kommen konnte. Daß wir andererseits die Grenze der Dauer, die wir als Therapieabbruch verstehen, auf 14 Tage nach Aufnahme des Patienten festgelegt haben, begründen wir folgendermaßen: es geht uns in unserer Untersuchung um die Beleuchtung des Abbruchsgeschehens in der Anfangsphase der Therapie. Aus den oben genannten Erläuterungen zum Aufnahmeverfahren ergibt sich, daß nach 14 Tagen die Therapie im eigentlichen Sinne mit Sicherheit begonnen hat oder bereits im Gange ist.

Gerade dieser Zeitraum - Anamnesenabschluß, Paktabschluß und erste Behandlungsstunden - bedeutet noch einmal eine besondere Krise mit erhöhtem Abbruchsrisiko (s. Abbildung 1).

Wir wollten bei den Abbruchspatienten die Grenze bei 14 Tagen ziehen, um sicherzustellen, daß es sich eindeutig um Probleme in der Anfangsphase der Behandlung handelte.

Die Dokumentation der Daten und Befunde der Patienten wird in der beschriebenen Klinik in folgender Weise vorgenommen: Die ausführlich erhobene Anamnese wird mit einer Einschätzung der Prognose und Behandlungsmöglichkeit vollständig protokolliert und der Krankenakte hinzugefügt. Jede Therapiesitzung wird in der Ausführlichkeit etwa einer halben Schreibmaschinen-seite protokolliert und dient intern als Grundlage für die Supervision der Therapie. Auf diese Weise liegt zu jedem Patienten und damit auch zu jedem Abbrecher ein relativ ausführliches Material über den Verlauf der Therapie vor.

Die Durchsicht der Akten machte deutlich, daß in den Stundenprotokollen nicht nur Inhalte der in der Therapie behandelten Themen wiedergegeben waren, sondern gleichzeitig Über-

raschend plastisch die therapeutische Beziehung und damit die spezifische Übertragungs- und Gegenübertragungssituation deutlich wurde und auch nacherlebbar war.

Von daher sahen wir uns berechtigt, die Krankenakten als eine sehr verlässliche Auskunftsquelle zu den hier zu diskutierenden Problemen zu verwenden.

2.2 Die Fragebogen

Geleitet von der Zielsetzung der Arbeit und den entwickelten Hypthesen wurden zwei Fragebogen erstellt, die sich an die Therapeuten derjenigen Patienten richten sollte, welche die Therapie abgebrochen hatten.

Der Fragebogen "Allgemeine Fragen an den Therapeuten" (s. Anhang) enthält allgemeine Fragen zur Selbsteinschätzung im therapeutischen Verhalten und dient als Orientierung und Basisinformation über das therapeutische Selbstverständnis der in dieser Klinik tätigen Therapeuten.

Der zweite ebenfalls an die Therapeuten gerichtete Fragebogen "Spezielle Fragen zum Therapieabbruch" (s. Anhang) enthält Fragen zur Beurteilung und Einschätzung des Abbruchspatienten sowie zum eigenen Erleben im Zusammenhang mit dem Abbruchgeschehen.

Es wurden diejenigen Patienten ausgewählt, die in den Jahren 1978, 1979 und 1980 in der oben genannten Klinik zwischen dem 5. und 14. Tag die Behandlung abgebrochen hatten. Wir wählten drei Jahrgänge, um eine ausreichende Zahl von Abbrechern zu erhalten. Wir wählten diese drei Jahrgänge, um die Wahrscheinlichkeit zu erhöhen, die jeweiligen Therapeuten der Abbrecher noch zu erreichen.

Die Therapeuten der Abbrecher wurden dann mit einer kleinen Erläuterung zu der geplanten Arbeit angeschrieben, wobei ihnen die Zielsetzung der Arbeit zur Orientierung mitgeteilt wurde. Sie wurden aufgefordert, zunächst den Fragebogen "Allgemeine Fragen an die Therapeuten" zu beantworten. Dann wurde ihnen zu jedem Abbruch, den sie gehabt hatten, jeweils ein Fragebogen

"Spezielle Fragen zum Therapieabbruch" zusammen mit einem Aktenauszug des jeweiligen Abbrechers zugeschickt. Der Aktenauszug bestand aus einem Foto des Patienten, der Anamnese sowie den vorhandenen Verlaufsprotokollen. Sie sollten als Gedächtnisstütze für die Therapeuten dienen und als Anstoß dazu, den Fall möglichst lebendig wieder vor das innere Auge zu bekommen.

Die Therapeuten wurden dann aufgefordert, die Fragen zum jeweiligen Abbrecher zügig und ohne große Skrupel, sich auch auf die Einfälle verlassend, zu beantworten.

Als Kontrollgruppe wurden Nicht-Abbrecher aus dem gesamten Patientengut der drei Jahrgänge 1978 - 1980 mit Hilfe von Zufallsziffern ausgelost (ENGEL 1981).

Die Krankenakten dieser Nicht-Abbrecher mit den darin enthaltenen Informationen wurden als Grundlage für die Beantwortung der gleichen Fragen, die an die Abbrecher gerichtet waren, verwendet. Dabei durften allerdings nur Akteneintragungen über die ersten vierzehn Tage berücksichtigt werden, um die Vergleichbarkeit mit den Abbrechern sicherzustellen.

Die Fragen der Kontrollgruppe wurden dabei nicht von den jeweiligen Therapeuten beantwortet, sondern vom Untersucher selber. Es handelt sich also hier um eine Fremdeinschätzung.

Dieses besondere methodische Vorgehen bei der Kontrollgruppe wurde aus folgenden Gründen gewählt:

a) Methodisch bestand die Schwierigkeit darin, daß für die Kontrollgruppe die Bedingung bestand, sämtliche Fragen auf den mit den Abbrechern vergleichbaren Zeitraum der ersten vierzehn Tage beziehen zu müssen. Nun ändern sich im Verlauf der Therapie Charakter und Atmosphäre der Beziehung, eine positive Übertragung kann von einer negativen abgelöst werden und auch umgekehrt. Der Therapeut, der diese Fragen beantworten müßte, wird aber schwerlich im Nachhinein seine je nach Zeitpunkt unterschiedlichen Gegenübertragungsgefühle zeitlich genau differenzieren können. Hier läge also eine nur schwer zu beseitigende Fehlerquelle. Stützen wir uns dagegen auf die objektiv niedergelegten Informationen in der Krankenakte, so lassen sich die ersten vierzehn Tage ohne Schwierigkeiten aus dem Gesamtaufenthalt herauslösen.

b) Wir konnten die angeschriebenen Therapeuten, denen wir schon durch die Fragen zu den Abbrechern einen erheblichen Zeitaufwand abgefordert hatten, nicht noch zusätzlich mit der Kontrollgruppe belasten. Wir hätten damit das erhöhte Risiko eingehen müssen, daß zu viele Fragebogen, auch zu den Abbrechern, unbeantwortet geblieben wären.

Es wurde inhaltlich der gleiche Fragebogen wie für die Abbrecher verwendet. Dabei entfielen die Fragen zum Abbrucherleben. Aufrechterhalten wurde aber die Frage, ob ein Abbruch erwartet wurde. Die Frage, der wievielte Behandlungsfall der Patient für den Therapeuten war, konnte aus dem bekannten Einstellungsdatum des Therapeuten in der Klinik sowie der durchschnittlichen jährlichen Zahl der Behandlungen recht sicher berechnet werden.

2.3 Methodik der Auswertung der Fragebogen

Die Auswertung des Materials erfolgte zunächst in der Weise, daß die in den Fragebogen enthaltenen Informationen den einzelnen Hypothesen zugeordnet wurden, wobei durch eine graphische Darstellung der Ergebnisse die Anschaulichkeit verbessert wurde. Es wurden dabei gelegentlich Prozentangaben auch dann gemacht, wenn die Grundgesamtheit N unter 100 lag.

In einem ersten Schritt wurden dann die Auffälligkeiten ausführlich beschrieben und soweit möglich auch interpretiert.

Erst in einem zweiten Schritt wurde dann, wo es hinreichend sinnvoll erschien, mit Hilfe der Kontrollgruppe Nicht-Abbrecher eine empirisch-statistische Untermauerung gewonnener Ergebnisse vorgenommen. Zur Überprüfung verschiedener Hypothesen verknüpften wir dabei auch die allgemeinen Aussagen der Therapeuten ("Allgemeine Fragen an den Therapeuten") mit ihren zu dem jeweiligen Abbruch gemachten Angaben ("Spezielle Fragen zum Therapieabbruch").

Es waren zwei Datenarten in der Auswertung zu berücksichtigen: die Daten der Therapeuten sowie die Daten der Patienten, unterschieden nach Abbrechern und Nicht-Abbrechern.

Die Verwaltung der gesamten Daten wurde mit dem "Sir"-Datenbanksystem vorgenommen, da sie am einfachsten ist und ihre Auswertungsmöglichkeiten flexibel sind (ROBINSON et al., 1980).

Die weitere statistische Auswertung wurde dann durch das statistische Paket "SPSS" vorgenommen, einem besonders in den Sozialwissenschaften gebräuchlichen System (NIE et al., 1975). Es wurden entsprechende Kreuztabellen erstellt, wobei im χ^2 -Test untersucht wurde, ob überhaupt eine statistische Beziehung zwischen den Variablen besteht. Zur Bestimmung der Dichte (Stärke) der Beziehung wurden je nach Material unterschiedlich geeignete Assoziationsmaße verwendet (Phi, Gamma, Cramér's V, Kontingenzkoeffizient) (BENNING HAUS, 1982).

2.4 Kritische Bemerkungen zur Methodik

DEHE (1979) hat zu Recht bemerkt, daß ein rein statistisches Vorgehen unter Berücksichtigung mehr oder weniger äußerer Merkmale nur zu oberflächlichen Ergebnissen führen würde. Er gab in seiner Untersuchung deshalb der mehr fallbezogenen individualisierenden Betrachtung den Vorzug. Wir entschieden uns in unserer Arbeit für ein kombiniertes Vorgehen von einerseits beschreibender und interpretierender Methode der vorliegenden Informationen, andererseits für eine empirisch statistische Untermauerung und evtl. Absicherung von Aussagen. Mit dem Fragebogen sollte eine gewisse Objektivität der Therapeuten-Aussagen gesichert werden.

Unsere Untersuchung ist in ihrem Aussagewert allerdings dadurch begrenzt, daß die befragten Therapeuten von vornherein wußten, daß es sich bei den Patienten um Abbrecher handelte, was sicherlich einer gewissen Voreingenommenheit in der Beantwortung der Fragen Vorschub leistete. Es kommt hinzu, daß die Therapeuten direkt Betroffene waren: ihnen persönlich war ja der Patient weggelaufen, was immer auch eine Kränkung des Therapeuten bedeuten kann. Von daher mußten wir bei den Fragen mit bestimmten Abwehrreaktionen rechnen, wobei wir eine harmonisierende Tendenz bei möglichen Konflikten in der Arzt-Pa-

tient-Beziehung erwarteten.

Eine weitere Begrenztheit unserer Untersuchung liegt darin, daß die Fragen ausschließlich an eine Seite der Beziehung gerichtet waren, nämlich an die Therapeuten. Die Patienten dagegen wurden nicht gefragt, was eine gewisse Überprüfbarkeit der Aussagen ermöglicht hätte. Aber es kam uns in unserer Untersuchung gerade auf die - sicher auch einseitige - Einschätzung ausschließlich der Therapeuten zum Abbruchgeschehen an.

Schwierigkeiten bei der Ausarbeitung der Fragebogen ergaben sich daraus, daß Gefühle per se einen wertenden Aspekt haben, so daß es schwierig war, die Fragen nach Gefühlen so zu formulieren, daß sich weder eine Beantwortungstendenz anbot, noch eine Sperre im Therapeuten aufgerichtet wurde. Die Bewertung der Gefühle unterlag zwangsläufig der subjektiven Bewertung des Untersuchers selber, die nicht unbedingt mit der Einschätzung der befragten Therapeuten übereinstimmen mußte. Hier lag eine nicht zu vermeidende Fehlerquelle. Gefühle positiver und negativer Art wurden allerdings so gemischt, daß sich von vornherein keine Reihenfolge oder Gewichtung anbot.

Der Aussagewert der Fragebogen könnte dadurch begrenzt sein, daß manche Abbrecher zu kurz in Behandlung waren, als daß der Therapeut einen ausreichend lebendigen Eindruck vom Abbruchgeschehen im Gedächtnis haben konnte. Einige der Fragebogen wurden aufgrund dieser von den Therapeuten mitgeteilten Unsicherheit deshalb erst gar nicht beantwortet, oder aus der Untersuchung herausgenommen, so daß diese Einschränkung weitgehend entfällt.

Zur Kontrollgruppe "Nicht-Abbrecher" sind einige kritische Anmerkungen notwendig: auch hier bahnt das Wissen, daß es sich um verbleibende Patienten handelt, wahrscheinlich bestimmte Aussagen und fördert Voreingenommenheit. Die Problematik, daß es sich bei der Kontrollgruppe um eine Einschätzung aus zweiter Hand handelt, nämlich nicht durch die behandelnden Therapeuten, sondern durch den Untersucher, ist nicht zu übersehen und wirkt sich gerade bei den Fragen nach Gefühlen deutlich einschränkend bezüglich der Aussagekraft aus. Wir benutzen die Kontrollgruppe deshalb als eine mit Vorsicht zu bewertende

Absicherung bestimmter Tendaussagen der hier diskutierten Gruppe der Abbrecher. Auf ihre Verwertbarkeit wird im jeweiligen Fall gesondert eingegangen.

3 ERGEBNISSE

3.1 Formale Ergebnisse der Untersuchung

Tab. 1: Gesamtaufnahmen und Abbrüche

Aufnahmen insgesamt 1978/79/80	Abbrüche in den ersten 14 Tagen	Anzahl der Therapeuten
885 Pat.	121 Pat. (13,7%)	15
		Untersuchungs- zeitraum
	1.-4. Tag 62 Pat. (51%)	5.-14. Tag 59 Pat. (49%)
Für die Untersuchung verwertbare Angaben von		<u>46 Pat.</u> <u>11 Therap.</u>

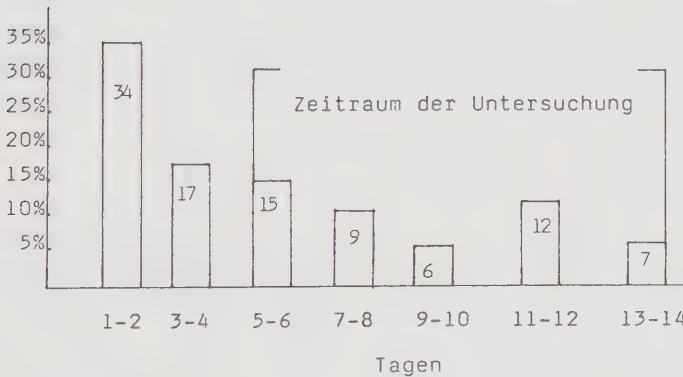
In dem von uns untersuchten Zeitraum von drei Jahren (1978 - 1980) hatte die Klinik insgesamt 885 Aufnahmen. Davon brachen 121 Patienten (14%) die Behandlung in den ersten 14 Tagen ab. 62 Patienten brachen in den ersten 4 Tagen ab; sie wurden in unsere Untersuchung nicht einbezogen, da es sich um Frühabbrecher - Abbrecher noch im Stadium der Diagnostik -, handelte und weniger um Therapieabbrecher im engeren Sinne (s. Kapitel Methodik 2.1, S. 15). 59 Patienten brachen in der Zeit vom 5. bis 14. Tag ab: diese wählten wir aus oben bereits begründeten Überlegungen als Therapieabbrüche im engeren Sinne für unsere Untersuchung aus. Das sind 7% aller Aufnahmen der drei Jahrgänge 1978-1980. Die sie behandelnden 15 Therapeuten wurden angeschrieben. 11 Therapeuten beteiligten sich an der Untersuchung, so daß Fragebogen von 46 Abbrechern zur Auswertung vorla-

gen. Als Kontrollgruppe wurden entsprechend 46 Nicht-Abbrecher aus dem Patientengut der drei Jahrgänge ausgelost.

Die Verteilung der Abbrüche in den ersten 14 Tagen (Abb. 1) zeigt, daß in den ersten 4 Tagen bereits 50% aller Abbrecher abbrechen. Unter den restlichen, uns hier interessierenden 50% findet sich ein Gipfel am 5. und 6. Tag: das entspricht ungefähr dem Beginn der eigentlichen Arbeit mit dem Therapeuten. Ein weiterer Gipfel findet sich am 11. bis 12. Tag, welcher ungefähr übereinstimmt mit

Abb. 1: Abbrüche in den ersten 14 Tagen

N = 121



dem Abschluß der Anamnese und dem Beginn der eigentlichen Therapie.

3.2 Ergebnisse des Therapeutenfragebogens

"Allgemeine Fragen an den Therapeuten"

An jeden einzelnen Therapeuten wurde ein Fragebogen "Allgemeine Fragen an den Therapeuten" geschickt. 11 der 15 Therapeuten beantworteten die darin gestellten Fragen, in denen neben der Erfassung einiger objektiver Daten nach der Selbsteinschätzung im therapeutischen Verhalten sowie nach ihrer Einstellung zum Beruf gefragt wurde.

3.2.1 Allgemeine Daten

Tab. 2: Objektive Daten der Therapeuten

Therapeuten N = 11	
männlich	6
weiblich	5
Alter (Durchschn.)	36 (- 38 Jahre)
Beruf	9 Ärzte
	2 Psychologen

Die Tabelle 2 zeigt eine relativ gleichmäßige Verteilung von männlichen und weiblichen Therapeuten, die in der Mehrheit Ärzte sind. Ihr Alter lag zwischen 29 (-31)* und 54 (-56) Jahren, durchschnittlich bei 36 (-38) Jahren.

Tab. 3: Die neurotoide Struktur der Therapeuten

Struktur	Hauptstruktur	Nebenstruktur	Haupt- u. Nebenstruktur
depressiv	3 männl. 2 weibl. 1	3 männl. 1 weibl. 2	6 männl. 3 weibl. 3
zwanghaft	3 männl. 3 weibl. 0	0	3 männl. 3 weibl. 0
hysterisch	2 männl. 0 weibl. 2	3 männl. 1 weibl. 2	5 männl. 1 weibl. 4
schizoid	2 männl. 1 weibl. 1	4 männl. 4 weibl. 0	6 männl. 5 weibl. 1

* Das Alter der Therapeuten wurde vom Zeitpunkt der Befragung auf den Untersuchungszeitraum 1978-1980 zurückgerechnet; da dieser sich über 3 Jahre erstreckte, wurde die Altersbreite mit x(-y) angegeben.

Zur neurotoiden Struktur machten 10 der 11 Therapeuten Angaben. Es konnte eine Haupt- und eine Nebenstruktur angegeben werden. In der Hauptstruktur fand sich eine ziemlich gleichmäßige Verteilung aller vier Antriebsbereiche, in der Nebenstruktur fiel dagegen das Fehlen der Zwangsstruktur auf. Ziehen wir die Haupt- und Nebenstruktur zusammen und sehen uns die Häufigkeit aller neurotoiden Strukturanteile an, so finden wir auffällig das gleich hohe Auftreten von depressiven (6) und schizoiden (6) Strukturanteilen. Doppelt soviel schizoide als zwanghafte Anteile schreiben sich die Therapeuten selber zu.

Betrachten wir das Geschlechtsverhältnis so fällt auf, daß die Zwangsstruktur offenbar den männlichen, die hysterische Struktur den weiblichen Therapeuten vorbehalten ist; die schizoiden Anteile beanspruchen in der Mehrheit (5) die männlichen Therapeuten für sich.

3.2.2 Die Berufserfahrung der Therapeuten

Tab. 4: Berufspraxis

Therapeuten N = 11

Dauer der Berufspraxis	Klinische Berufspraxis insgesamt	Klinische Berufspraxis i. Psychiatrie/Psychotherapie
Bis 1 Jahr	1	1
2-5 Jahre	2	3
6-9 Jahre	5	5
Über 10 Jahre	3	2

In unserer Untersuchung verfügen 8 der 11 Therapeuten über eine klinische Berufspraxis von 6 und mehr Jahren. Lediglich 1 Therapeut befand sich ganz am Anfang seiner Berufspraxis mit unter 1 Jahr. Spezieller gefragt nach der Dauer der Berufspraxis in den Bereichen Psychiatrie und Psychotherapie fand sich eine nur geringfügige Verschiebung zu einer etwas kürze-

ren Zeit. Das weist darauf hin, daß die Ärzte im allgemeinen keine anderweitige klinischen Vorerfahrung haben, sondern sich von Beginn ihrer Weiterbildung an dem Bereich Psychiatrie zuwenden bzw. eine Zusatzausbildung in Psychotherapie beginnen.

Tab. 5: Psychotherapeutische Ausbildung

Psychotherapeutische Ausbildung	Therapeuten N = 11		
analytische Ausbildung	8	abgeschlossen	2
		nicht abgeschl.	6
			10
analyt. u. nicht-analyt. Ausbildg.	2	abgeschlossen	0
		nicht abgeschl.	2
nicht-analyt. Ausbildung	1	abgeschlossen	0
		nicht abgeschl.	1
			1

Alle Therapeuten machten zum Zeitpunkt der Untersuchung eine psychotherapeutische Ausbildung, davon 10 eine analytische, 1 eine nicht-analytische Ausbildung. 2 waren Analytiker mit einer abgeschlossenen Ausbildung. Von den in Ausbildung befindlichen waren fünf Therapeuten 4 und mehr Jahre in analytischer Ausbildung (Tab. 6). Geht man davon aus, daß an deutschen Weiterbildungsinstituten im allgemeinen nicht vor dem dritten Jahr mit eigenen analytischen ambulanten Behandlungen begonnen werden kann, so ergibt sich folgendes Bild: 3 Therapeuten, die bis zu 3 Jahren in analytischer Ausbildung sind, sind in der analytischen Praxis als unerfahren anzusehen. 4 Therapeuten mit 4-5 Jahren Ausbildung sind zwar erfahrener, aber deutlich noch Berufsanfänger. 3 Therapeuten, davon 2 mit abgeschlossener Ausbildung, sind als erfahren anzusehen.

Tab. 6: Stand der Ausbildung

Ausbildungsdauer	Therapeuten N = 8	
	analytisch	nicht-analytisch
unter 1 Jahre	2	2
2-3 Jahre	1	1
4-5 Jahre	4	0
Über 6 Jahre	1	0

Eigene Lehr-u./o. therapeutische Analyse	Therapeuten N = 11	
	ja	nein
N = 11	11	0
Dauer		
unter 1 Jahr	1	0
1-2 Jahre	3	0
Über 3 Jahre	7	0

Alle 11 Therapeuten sind oder waren zum Zeitpunkt der Untersuchung in Lehranalyse oder in therapeutischer Analyse, davon 7 mit einer Dauer von Über 3 Jahren (Tab. 6).

Wir fanden also in der Mehrheit analysierte Therapeuten, die sich bis auf einen in analytischer Ausbildung befanden oder befinden. Auch wenn sie in der Mehrheit über eine längere Berufspraxis als Arzt oder Psychologe verfügen, so sind sie, was ihre praktische therapeutische Erfahrung als Analytiker angeht, eher am Anfang ihrer Berufspraxis.

Die Therapeuten wurden außerdem zu jedem einzelnen Abbruch gefragt, um ihren wievielten Behandlungsfall in der Klinik es sich bei dem jeweiligen Abbrecher gehandelt hatte. Dabei ließen wir uns von dem Gedanken leiten, daß die Besonderheit der Klinik mit ihrer spezifischen Klientel eine Klinik-bezogene Berufserfahrung erfordern könnte. Wir stellten uns die Frage, ob Anfänger in der Klinik häufiger Abbrüche haben als schon

erfahrenere Therapeuten.

Tab. 7: Anzahl der bisherigen Behandlungsfälle

Um ihren wievielten Behandlungsfall in der Klinik handelte es sich:

Fall	Abbrecher (N 46)		Nicht-Abbrecher (N 46)	
1.	1	}	2	}
2.-10.	2		7	
		(6%)		(35%)
11.-50.	28		7	
		(61%)		
Üb. 50.	15		30	
		(30%)		(65%)

Raw Chi-Quadrat = 20.711 Significance = .0001

Cramér's V = .47447 Gamma = .31774

Die Ergebnisse zeigen folgendes: 3 (6%) der 46 Abbrecher wurden von Therapeuten behandelt, deren 1. bis 10. Behandlungsfall sie waren, 28 (61%) waren der 11. bis 50. Behandlungsfall für die Therapeuten und 15 (30%) waren der Über 50. Behandlungsfall. Unter Berücksichtigung der Aufnahmequote und der Anzahl der Therapeuten in der Klinik kann man schätzen, daß auf den einzelnen Therapeuten jährlich 40 - 60 Patienten kommen. Das bedeutet: Bis zum 50. Fall sind die Therapeuten noch nicht länger als 1 Jahr in der Klinik. Und gerade von diesen wurden 67% der Abbrecher behandelt, während die restlichen 33% von Therapeuten behandelt wurden, die länger als 1 Jahr in der Klinik tätig waren. Der Vergleich mit der Kontrollgruppe "Nicht-Abbrecher" bestätigt die Abhängigkeit des Abbruchgeschehens von Fallzahl des Therapeuten: Sie ist im Chi-Quadrat-Test statistisch signifikant. Die Stärke der Beziehung zwischen den beiden Variablen "Fallzahl" und "Abbruch" wird bei dieser asymmetrischen Kreuztabelle am Überzeugendsten mit Cramér's Koeffizienten V ausgedrückt. Er drückt mit $V = .474$ eine deutliche, wenn auch keine besonders starke Beziehung aus. Damit läßt sich die Hypothese bestätigen, daß die Behandler der Patienten, welche die Therapie abbrechen, bezüglich ihrer Erfahrung in der

beschriebenen Klinik weniger erfahrener sind, als die Behandler der Patienten, welche nicht abbrechen.

3.2.3 Die Selbsteinschätzung der Therapeuten

Bei den folgenden Fragen ging es darum, grundsätzliche Einstellungen der Therapeuten zur beruflichen Seite zu erfragen. Sie sind als Hintergrundinformation zu verstehen, wenn wir mehr Einblick in die Fragestellung bekommen wollen, was für das Abbruchsgeschehen von Bedeutung ist.

3.2.3.1 Die Selbsteinschätzung in der theoretischen Einstellung zum Beruf

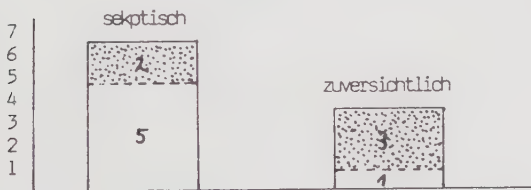
Abb. 2: Theoretische Einstellung zum Beruf

- Ich bin bezüglich der Wirksamkeit meiner Behandlungsmethode eher skeptisch eher zuversichtlich eingestellt

☐ männl. Therap.

☒ weibl. Therap.

Therapeuten N = 11



- Ich halte nicht viel von objektiven Prognosekriterien

☐ männl. Therap.

☒ weibl. Therap.

Therapeuten N = 11

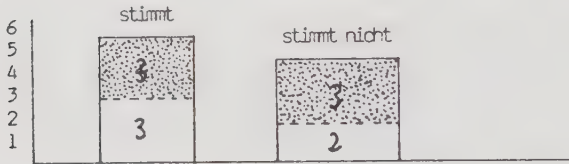


- Für mich ist Therapeut-Sein mehr als ein Job, fast schon eine Lebenseinstellung

Therapeuten N = 11

☐ männl. Therap.

☒ weibl. Therap.



In der Einschätzung der Wirksamkeit ihrer Behandlungsmethode überwiegen die Skeptiker (7:4 Therapeuten); das sind in der Mehrheit die männlichen Therapeuten, die weiblichen Therapeuten sind zuversichtlicher.

Die Frage, inwieweit die Therapeuten etwas von objektiven Prognosekriterien halten, wurde aus der Überlegung heraus gestellt, ob sie überhaupt eine Objektivierbarkeit innerhalb der Therapie für möglich und sinnvoll halten. Das Ergebnis zeigt immerhin, daß 5 von 11 Therapeuten nicht viel von objektiven Prognosekriterien halten.

Therapeut-Sein ist für 6 Therapeuten mehr als ein Job, fast schon eine Lebenseinstellung. Ein unentschiedenes Ergebnis, was wohl damit zusammenhängt, daß der Begriff Job im deutschen Sprachgebrauch einen gewissen negativen Beiklang hat.

Die Therapeuten hatten außerdem noch die Möglichkeit, in offener, freier Form die Frage zu beantworten, "was ... Ihrer Ansicht nach charakteristisch für die therapeutische Beziehung" ist. Es wurden hier die aus der Fachterminologie bekannten Begriffe der Übertragung und Gegenübertragung, des Arbeitens am Widerstand und Herstellens eines Arbeitsbündnisses zur Charakterisierung der therapeutischen Beziehung benannt. Es fiel aber auch auf, in welchem Maße darum gerungen wurde, den Charakter und die Art der emotionalen Beteiligung des Therapeuten zu beschreiben: da wird von "innerer Anteilnahme", "Ermöglichung einer korrigierenden emotionalen Erfahrung" und "wohlwollend

abwartender Haltung" gesprochen. Ein Therapeut beschrieb die therapeutische Beziehung ganz bündig so: "der mitmenschliche Kontakt in Verbindung mit fachlicher Autorität".

3.2.3.2 Die Selbsteinschätzung im therapeutischen Verhalten

Aussagen zur Selbsteinschätzung im therapeutischen Verhalten unterliegen verständlicherweise in recht hohem Maße der subjektiven Sicht des jeweiligen Therapeuten. Es ist nicht anzunehmen, daß das eingeschätzte Verhalten unbedingt mit dem tatsächlichen Verhalten übereinstimmt. Wir nehmen an, daß die Therapeuten sich in der Selbsteinschätzung tendenziell an dem Idealbild eines Analytikers orientieren. Lassen sich Idealisierungen ihres therapeutischen Verhaltens und damit Diskrepanzen zwischen Anspruch und Wirklichkeit aufgrund der folgenden an die Therapeuten gerichteten Fragen deutlich machen?

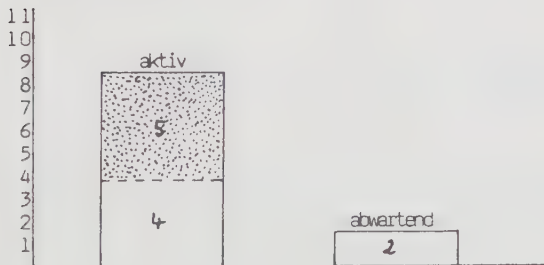
Abb. 3: Therapeutisches Verhalten

- Ich glaube, daß ich mich als Therapeut
eher aktiv oder eher abwartend verhalte:

☐ männl. Therap.

☒ weibl. Therap.

Therapeuten N = 11

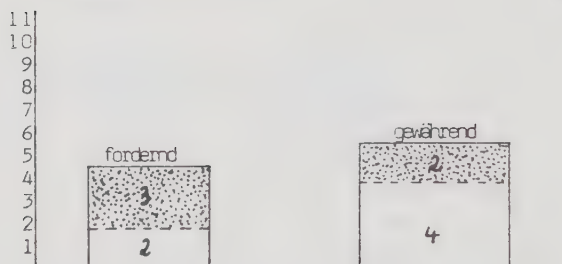


- Ich glaube, ich bin
eher fordernd oder eher gewährend:

☐ männl. Therap.

☒ weibl. Therap.

Therapeuten N = 11

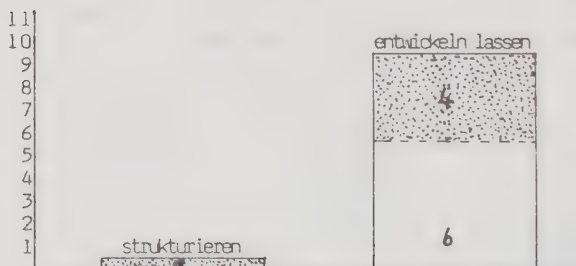


- Ich neige eher dazu, den Therapieverlauf zu strukturieren oder eher ihn sich entwickeln zu lassen:

☐ männl. Therap.

☒ weibl. Therap.

Therapeuten N = 11



Auf die Frage, ob sie sich als Therapeuten eher aktiv oder eher abwartend dem Patienten gegenüber verhalten, schätzen sich 9 Therapeuten als eher aktiv, 2 als eher abwartend ein. Ob sie eher fordernd oder eher gewährend sind - eine ähnliche, in der Tendenz allerdings zugespitzte Frage -, meinen 5 der Therapeuten, daß sie eher fordernd und 6, daß sie eher gewährend sind. Und ob sie eher dazu neigen, den Therapieverlauf zu strukturieren, oder ihn sich entwickeln zu lassen? Hier

ist es nur noch ein Therapeut der dazu neigt, ihn zu strukturieren, 10 dagegen lassen ihn sich entwickeln.

Zunächst erstaunt, daß immerhin 9 von 11 Therapeuten sich eher aktiv statt abwartend verhalten, scheint es doch dem analytischen Idealbild, dem Patienten die Aktivität zu überlassen, zu widersprechen. Wir nehmen an, daß diese Aussage typisch ist für analytische Psychotherapie im stationären Bereich, in denen modifizierte Methoden der Psychoanalyse zur Anwendung kommen müssen.

Daß immerhin 5 der 11 Therapeuten sich als eher fordernd denn als gewährend beschreiben, kann ebenfalls mit den spezifischen Erfordernissen der stationären Psychotherapie zusammenhängen. Es weist auch auf die Schwierigkeit hin, analytische Psychotherapie unter einem das Verfahren begrenzenden und auch zeitlich limitierten Rahmen absolvieren zu müssen.

Die dritte Frage, ob der Therapeut dazu neigt, die Therapie im Verlauf zu strukturieren, wird ganz eindeutig in der Mehrheit (10:1) von den Therapeuten abgelehnt.

Aktiv-sein: ja. Fordernd: evtl. auch noch. Aber strukturieren: nein! Man läßt den Therapieverlauf sich entwickeln. Offenbar wird die letzte Frage schon zu deutlich in dem Sinne verstanden, ob der Therapeut auch ein guter und richtiger Analytiker ist. Sie provoziert Abwehr in Form einer Idealisierung des beruflichen Selbstbildes: der Analytiker läßt den Therapieverlauf sich entwickeln, er tritt hinter den Patienten klar zurück. Aber aktiv sein darf man offenbar in der stationären Psychotherapie schon eher. Es ist also anzunehmen, daß das Ergebnis der ersten beiden Fragen dem Realverhalten der Therapeuten näher kommt als die dritte Frage, die vermutlich eher von einem Idealbild aus beantwortet wird.

Zwischen männlichen und weiblichen Therapeuten können wir in der Selbsteinschätzung im therapeutischen Verhalten keinen Unterschied feststellen.

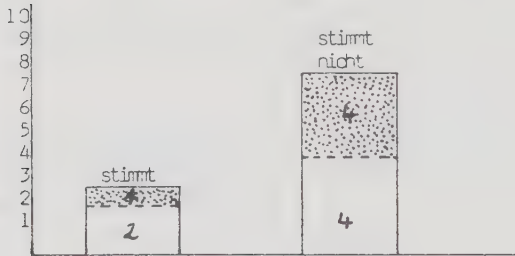
Abb. 4: Therapeutisches Engagement

- Ich identifizieren mich leicht mit den Problemen der Patienten:

☐ männl. Therap.

☒ weibl. Therap.

Therapeuten N = 11

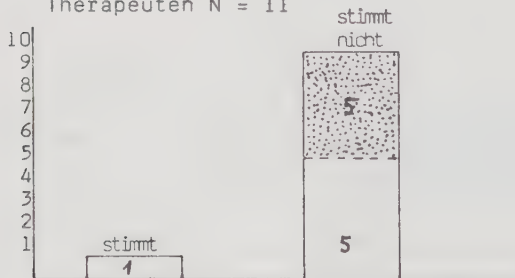


- Ich neige dazu, mich für die Patienten aufzuopfern:

☐ männl. Therap.

☒ weibl. Therap.

Therapeuten N = 11

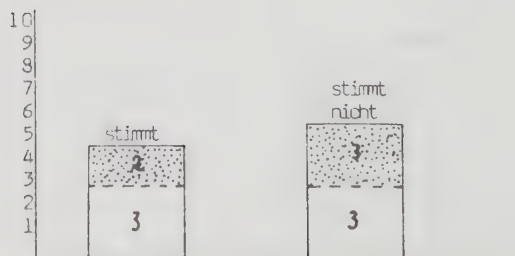


- Therapieabbrüche lassen mich leicht an meinen Fähigkeiten zweifeln

☐ männl. Therap.

☒ weibl. Therap.

Therapeuten N = 11



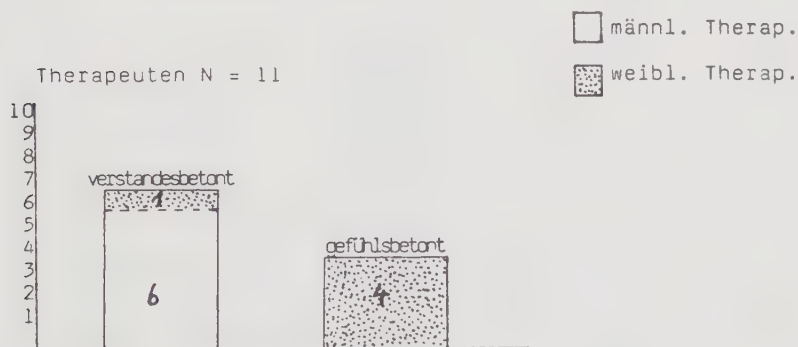
Die in Abb. 4 formulierten Fragen setzen sich mit dem Engagement der Therapeuten und der Art ihrer Beziehungsaufnahme zu den Patienten auseinander:

In der Mehrheit glauben sie nicht (8:3), daß sie sich leicht mit den Problemen der Patienten identifizieren. Sie opfern sich für sie auch nicht auf (10:1). Eine therapeutische Distanz wird also im Selbstbild durchaus eingehalten. Andererseits fällt doch auf, daß fast die Hälfte der Therapeuten bei Therapieabbrüchen leicht an ihren Fähigkeiten zweifeln. Das spricht einerseits für das relativ hohe Engagement der Therapeuten, andererseits für ihre Verletzbarkeit und Empfindlichkeit.

3.2.3.3 Die Selbsteinschätzung der Therapeuten über die Gefühle in der Therapie

Abb. 5: Gefühlseinstellung

- Ich bin eher verstandesbetont oder eher gefühlsbetont

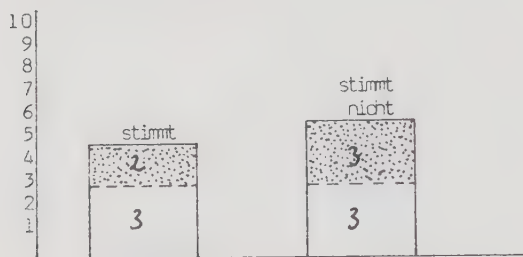


- Ich kenne recht häufig das Gefühl von Ohnmacht in der Therapie

□ männl. Therap.

Therapeuten N = 11

▒ weibl. Therap.



7 der 11 Therapeuten hielten sich eher für verstandesbetont, davon sind 6 Therapeuten männlich. Gefühlsbetont waren ausschließlich die weiblichen Therapeuten (4), keiner der männlichen Therapeuten hielt sich für gefühlsbetont. Diese Verteilung - "männliche Therapeuten verstandesbetont, weibliche Therapeuten gefühlsbetont" - mutet in dieser Eindeutigkeit beinahe wie ein Klischee an. Sie korrespondiert mit der Geschlechtsverteilung der neurotoiden Strukturanteile: wir fanden eine stärkere Repräsentation zwanghafter und schizoider Strukturanteile unter den männlichen Therapeuten, hysterischer Anteile unter den weiblichen Therapeuten, womit die Verteilung von Gefühls- und Verstandesbetonung bestätigt wird.

5 Therapeuten kannten häufig das Gefühl von Ohnmacht in der Therapie, 6 kannten es nicht. Es soll hier schon angemerkt werden, daß Ohnmacht das Gefühl ist, welches die Therapeuten häufig bei den Abbrüchen erleben.

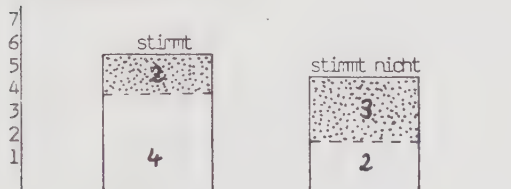
Abb. 6: Umgang mit negativen Übertragungsgefühlen

- Spannung kann ich nicht gut aushalten, dringe da eher auf rasche Klärung:

☐ männl. Therap.

☒ weibl. Therap.

Therapeuten N = 11



- Negative Gefühle mir gegenüber kann ich besonders schlecht ertragen:

☐ männl. Therap.

☒ weibl. Therap.

Therapeuten N = 11

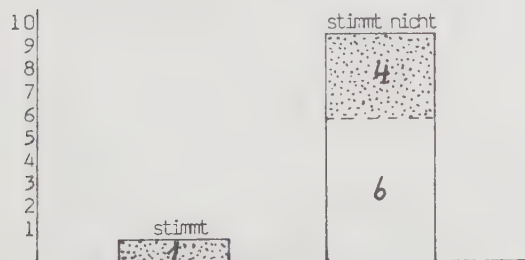


- Feindselige Gefühle übersehe ich ganz gerne:

☐ männl. Therap.

☒ weibl. Therap.

Therapeuten N = 11



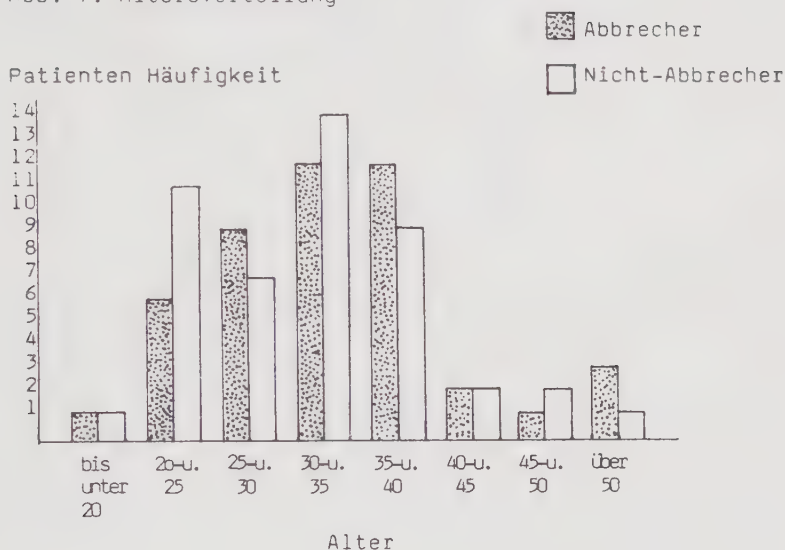
Die in Abb. 6 an die Therapeuten gerichteten Fragen gruppieren sich um den Bereich des Umgangs mit negativen Übertragungsgefühlen. Dabei unterschieden sich die drei Fragen im Grunde lediglich in der Stärke der negativen Übertragungsgefühle, wobei eine aufsteigende Skala von "Spannung" über "negative Gefühle" zu "feindselige Gefühle" vorlag. Wir fanden eine recht unterschiedliche Verteilung der Antworten: konnten 6 Therapeuten Spannung nicht gut aushalten, so konnten nur noch 4 Therapeuten negative Gefühle nicht gut ertragen. Feindselige Gefühle übersah dann nur noch 1 Therapeut ganz gerne. Heißt das etwa, daß Therapeuten umso weniger Schwierigkeiten mit negativen Übertragungsgefühlen haben, je ausgeprägter der negative Charakter dieser Gefühle ist? Vielleicht deshalb, weil sie leichter wahrnehmbar sind. Aber ist deshalb der Umgang mit ihnen leichter? Wahrscheinlich liegt hier eine Verzerrung vor, die dadurch zu erklären wäre, daß die Fragen (von Spannung bis zu feindseligen Gefühlen) zunehmend Widerstand mobilisieren. Sie provozieren die Therapeuten dazu, eher das Idealbild als Richtschnur ihrer Einschätzung zu nehmen, statt ihr reales Erleben zur Grundlage ihrer Einschätzung zu machen.

3.3 Ergebnisse des Abbrecher-Fragebogens

Es lagen uns 46 von den Therapeuten beantwortete und verwertbare Fragebogen über Patienten vor, welche die Therapie abgebrochen hatten. Wir verwendeten als Kontrollgruppe die Fragebogen von 46 Nicht-Abbrechern. Die Verwendbarkeit der Kontrollgruppe wird im jeweiligen Fall ausführlich diskutiert.

3.3.1 Objektive Daten der Abbrecher

Abb. 7: Altersverteilung



Das Alter der Abbrecher lag zwischen 19 und 54 Jahren, das Durchschnittsalter betrug 32,8 Jahre. Die Altersverteilung ist der Abb. 7 zu entnehmen. Danach sind 72% der Abbrecher zwischen 25 und 39 Jahren alt. Gegenüber der Kontrollgruppe "Nicht-Abbrecher" (Durchschnittsalter 31,1 Jahre, 65% zwischen 25 und 39 Jahren) scheinen die Abbrecher etwas älter zu sein; ein statistisch signifikanter Unterschied besteht allerdings nicht.

Tab. 8: Geschlechtsspezifische Altersverteilung

Durchschnittsalter	Abbrecher	Nicht-Abbrecher
Durchschnittsalter insgesamt	32,8 J.	31,1 J.
Männlich	35,3 J.	33,2 J.
Weiblich	30,5 J.	30,1 J.

Die geschlechtsspezifische Altersverteilung zeigt, daß die männlichen Abbrecher über dem Durchschnittsalter, die weiblichen unter dem Durchschnittsalter liegen. Von der Gruppe der Nicht-Abbrecher unterscheidet sich die geschlechtsspezifische Altersverteilung der Abbrecher nicht.

Tab. 9: Altersvergleich zwischen Therapeuten und Abbrechern

	Durchschnittsalter		
	Therapeuten Alter	Abbrecher Alter	Nicht-Abbrecher Alter
insgesamt	36 (-38)J.*	32,8 J.	31,1 J.
männliche Therapeuten	38 (-40)J.	33,6 $\frac{36,2 \text{ männl.}}{30,8 \text{ weibl.}}$	29,3 $\frac{30,1 \text{ männl.}}{29,9 \text{ weibl.}}$
weibliche Therapeuten	34 (-36)J.	31,0 $\frac{31,2 \text{ männl.}}{30,9 \text{ weibl.}}$	31,0 $\frac{36,2 \text{ männl.}}{27,9 \text{ weibl.}}$

Vergleichen wir das Durchschnittsalter der Abbrecher mit dem ihrer Therapeuten, so zeigt sich zunächst, daß der Altersunterschied zwischen ihnen mit 3 (-5) Jahren recht gering ist und sich nicht wesentlich von den Nicht-Abbrechern unterscheidet. Teilen wir das Durchschnittsalter der Therapeuten geschlechtsspezifisch auf und vergleichen es mit dem Durchschnittsalter der von ihnen behandelten Patienten, so vergrößert sich bei den männlichen Therapeuten der Altersunterschied zu ihren Patienten auf 4-6 Jahre (Abbrecher) bzw. 8-10 Jahre (Nicht-Abbrecher). Bei den weiblichen Therapeuten dagegen verändert sich der Altersunterschied nicht wesentlich. Teilen wir jetzt noch einmal die Patienten auf in männliche und weibliche Patienten, welche von gleichgeschlechtlichen bzw. gegengeschlechtlichen Therapeuten behandelt werden, so findet sich folgende Auffälligkeit: das Durchschnittsalter der männlichen Abbrecher, die von männlichen Therapeuten behandelt werden ist deutlich

* s. Anmerkung S. 23

höher (36,3 Jahre) als das Durchschnittsalter der übrigen Abbrecher (um 31 Jahre). Damit ist der Altersunterschied zu ihren (männlichen) Therapeuten deutlich geringer als bei den übrigen Abbrechern und Nicht-Abbrechern. Es sieht so aus, daß männliche Patienten mit Therapeuten ihres Geschlechts in vergleichbarem Alter besondere Schwierigkeiten haben.

Tab. 10: Geschlechtsverteilung

	Abbrecher N = 46	Nicht-Abbrecher N = 45
männlich	20 (44 %)	15 (33 %)
weiblich	26 (56 %)	30 (67 %)

Die Geschlechtsverteilung zeigt, daß die Klinik doppelt so viele weibliche wie männlich Patienten behandelte. Unter den Abbrechern fanden sich prozentual mehr männliche wie weibliche Patienten. Allerdings ist der Unterschied statistisch nicht signifikant. Wir können also nicht sagen, daß eher männliche Patienten abbrechen als weibliche.

In einem weiteren Schritt gingen wir der sich oben bereits andeutenden These nach, ob das Geschlechtsverhältnis einen Einfluß auf das Abbruchsgeschehen hat:

männliche Therapeuten hatten doppelt so viele Abbrüche wie ihre weiblichen Kolleginnen (bei einem Verhältnis von 6 männlichen zu 5 weiblichen Therapeuten).

Die männlichen und weiblichen Abbruchpatienten verteilten sich auf die männlichen und weiblichen Therapeuten wie folgt:

Tab. 11: Geschlechtsvergleich von Therapeuten und Abbrechern

	Abbrecher N = 46	
Therapeuten N = 11	Männliche Pat. N = 20 (43%)	Weibliche Pat. N = 26 (57%)
Männliche Therap. N = 6	16 (52%)	15 (48%)
Weibliche Therap. N = 5	4 (27%)	11 (73%)

Signif.: .19 Phi: .235 Gamma: .491

Von der Betrachtung der Kreuztabelle her fällt folgende Besonderheit auf: die männlichen Therapeuten haben mehr Abbrüche von männlichen Patienten, die weiblichen haben entsprechend (und deutlich ~~er~~ als bei den männlichen Therapeuten) mehr weibliche Abbrecher. Die Geschlechtsverteilung der Kontrollgruppe der Nicht-Abbrecher (Tab. 12) zeigt dagegen keine wesentliche geschlechtsspezifische Abweichung von der durchschnittlichen Verteilung.

Tab. 12: Geschlechtsvergleich von Therapeuten und Nicht-Abbrechern

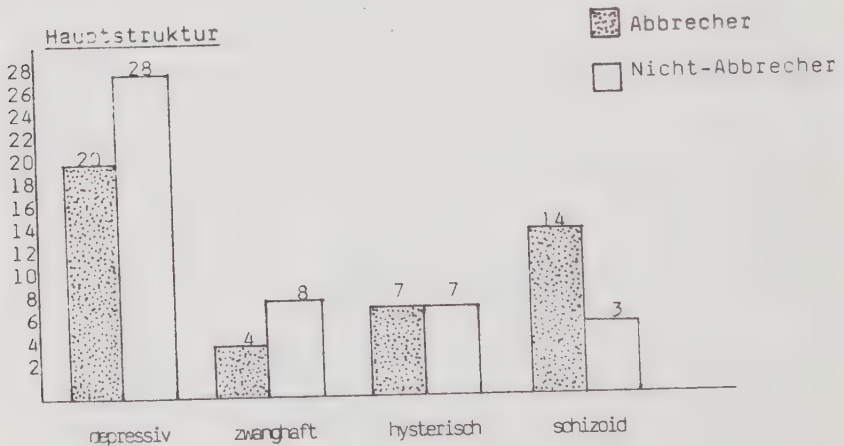
	Nicht-Abbrecher N = 29	
Therapeuten N = 11	Männliche Pat. N = 10 (31%)	Weibliche Pat. N = 19 (69%)
Männliche Therap. N = 6	5 (31%)	11 (69%)
Weibliche Therap. N = 5	5 (38%)	8 (62%)

Signif.: .98 Phi: .075 Gamma: -.157

Statistisch läßt sich das Ergebnis nicht ausreichend absichern: die Signifikanz von χ^2 liegt über dem Grenzwert von .05, so daß eine Abhängigkeit der beiden Variablen (Geschlecht der Therapeuten und Geschlecht der Abbrecher) voneinander nicht Überzeugend gesichert ist. So können wir hier nur einen Trend angeben, der folgende Aussagen nahelegt:

- 1) Männliche Therapeuten haben mehr Abbrüche als weibliche Therapeuten,
- 2) Patienten scheinen empfindlich auf eine spezifische Geschlechtskonstellation zu reagieren, wobei eher die Gleichgeschlechtlichkeit als die Gegengeschlechtlichkeit den Abbruch erleichtert.

Abb. 2a: Die Neurosen-Struktur der Patienten



$\chi^2 = 9.77$ Signif.: .020

Cramér V: .327 Gamma: .392

Kontingenz-Koeff.: .311

Abb.8b: Die Neurosen-Struktur der Patienten

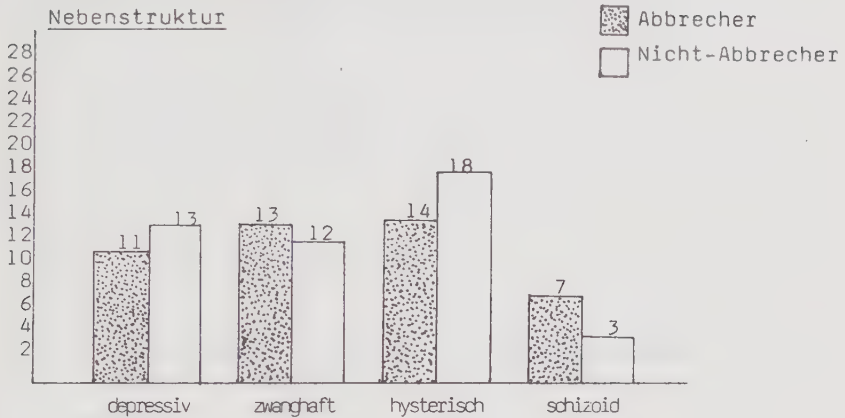
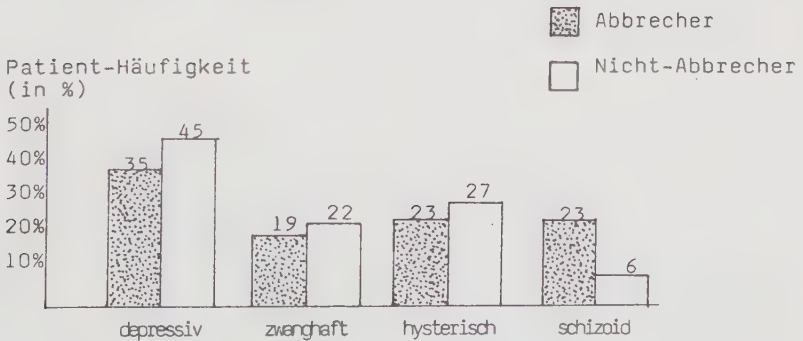


Abb. 9: Haupt- und Nebenstruktur



Bei der Angabe zur Neurosenstruktur der Patienten konnte eine Haupt- und eine Nebenstruktur angegeben werden. In der Hauptstruktur zeigten die Abbrecher neben depressiven Anteilen an zweit-häufigster Stelle schizoide Strukturanteile. Von den übrigen Patienten unterscheiden sich die Abbrecher durch den hohen Anteil schizoider Strukturanteile auf Kosten depres-

siver und zwanghafter Anteile. In der Nebenstruktur standen an erster Stelle hysterische Strukturanteile, allerdings ohne deutlichen Unterschied zur Kontrollgruppe. Die statistische Bearbeitung bestätigt die Beschreibung: Die Abbrecher unterscheiden sich in der neurosenstrukturellen Verteilung von den Nicht-Abbrechern in der Hauptstruktur signifikant mit mehr schizoiden Anteilen auf Kosten depressiver und zwanghafter Anteile.

3.3.2 Einschätzung der Prognose

Tab. 13: Wie schätzen Sie die Prognose ein?

Prognose	Abbrecher		Nicht-Abbrecher	
	N = 46	%	N = 46	%
eher günstig	4	(9 %)	20	(43 %)
eher ungünstig	34	(74 %)	22	(48 %)
nicht klärbar	8	(17 %)	4	(9 %)

Chi² = 11.36 Signif.: .00

Phi: .404 Gamma .770

74% der Abbrecher hatten eine ungünstige Prognose, nur 9% eine günstige. Im Vergleich dazu zeigt die Kontrollgruppe wesentlich mehr Patienten mit günstiger Prognose, wenn auch immerhin noch 22 Patienten (48%) prognostisch ungünstig eingeschätzt wurden. Die statistische Auswertung ergab eine signifikante Beziehung zwischen schlechter Prognose und Abbruch, wobei der Beziehungskoeffizient Gamma = .77 auf eine recht starke Beziehung zwischen den Variablen Abbruch und Prognose hinweist. D. h. die Wahrscheinlichkeit, daß ein Patient mit schlechter Prognose abbricht, ist recht hoch.

Aber das Ergebnis ist mit einer gewissen Vorsicht zu beurteilen: der Begriff der Prognose läßt zwar eine gewisse Objektivierung zu, besonders weil er affektiv neutral ist, aber er

beurteilt relativ einseitig eher Patientenvariablen. Wenn auch "...die Persönlichkeit des Therapeuten als prognostischer Faktor" (HEIGL 1978; S. 145) nicht außer Acht gelassen wird, so bleibt der Beziehungsaspekt in seiner Bedeutung für ein günstiges Therapieergebnis weitgehend unbeachtet.

In unserer Untersuchung ist weiterhin zu berücksichtigen, daß die Therapeuten bei der Beantwortung dieser Frage von vornherein wußten, daß es sich bei den Patienten um Abbrecher handelte. Die Verquickung von ungünstiger Prognose mit den Abbrechern bot sich also regelrecht an. Entsprechendes galt für die Kontrollgruppe; umso mehr überrascht dann, daß trotz Kenntnis der Tatsache, daß es sich um verbleibende Patienten gehandelt hatte, in fast der Hälfte der Fälle die Prognose als ungünstig angesehen wurde. Wahrscheinlich ist dieser hohe Anteil von Patienten mit ungünstiger Prognose charakteristisch für Patienten im Rahmen stationärer Psychotherapie.

Tab. 14: Kam der Patient eher eigenmotiviert oder eher fremdmotiviert?

Motivation	N=46 Abbrecher %		N=46 Nicht-Abbrecher %	
eigenmotiviert	15	(33 %)	39	(85 %)
fremdmotiviert	31	(17 %)	7	(15 %)

.Chi² = 23.71 Signif.: .00

Phi: .529 Gamma: .840

Die Ergebnisse zeigen, daß zwei Drittel der Abbrecher fremdmotiviert, nur ein Drittel eigenmotiviert waren. Der Unterschied zur Kontrollgruppe ist eindeutig und auch statistisch signifikant. Es besteht also mathematisch gesehen eine hohe Wahrscheinlichkeit, daß fremdmotivierte Patienten eher abbrechen als eigenmotivierte.

Aber auch hier sind die bereits oben angeführten Bedenken mit zu berücksichtigen: die Beantworter gehen wahrscheinlich mit einem gewissen Vorurteil an die Beantwortung der Frage heran und denken, daß Abbrecher sowieso eher fremdmotiviert in

die Klinik kommen. Von daher wäre eher hervorzuheben, daß trotz Kenntnis dieser Tatsache ein Drittel der Patienten als eigenmotiviert eingeschätzt wurde.

3.3.3 Äußerungen zum Abbruch

Tab. 15: Äußerte der Patient von vornherein Abbruchsabsichten?

Abbruchsabsichten	Abbrecher		Nicht-Äbbrecher	
	N = 46	%	N = 46	%
ja	27	(59%)	3	(6%)
nein	18	(39%)	43	(94%)
nicht beantwortet	1	(2%)	-	-

$\chi^2 = 27.06$ Signif.: .00

Phi: .568 Gamma: .911

Tab. 16: Haben Sie einen Abbruch erwartet?

Abbruch erwartet	Abbrecher		Nicht-Abbrecher	
	N = 46	%	N = 46	%
ja	29	(63%)	2	(4%)
nein	17	(37%)	44	(96%)

$\chi^2 = 32.88$ Signif.: .00

Phi: .620 Gamma: .948

Von den Patienten, die tatsächlich die Therapie abbrachen äußerten 27 (59%) von vornherein Abbruchsabsichten (Tab. 15). Entsprechend wurde der Abbruch von den Therapeuten auch etwa gleich hoch (bei 29 Patienten) erwartet. Die Hinzuziehung der Kontrollgruppe zur statistischen Absicherung der Ergebnisse

ist bezüglich der Frage nach geäußerten Abbruchsabsichten problemlos möglich, weil diese mit Sicherheit den Aktenprotokollen zu entnehmen sind. Problematischer ist die Kontrollgruppe bezüglich der Frage, ob die Therapeuten den Abbruch erwartet haben (Tab. 16). Diese subjektiven Einschätzungen konnten aus zweiter Hand aufgrund der Akte nicht sicher beurteilt werden.

Die Abhängigkeit zwischen geäußerten Abbruchsabsichten und tatsächlichem Abbruch ist statistisch signifikant, wobei - wie der Beziehungskoeffizienten $\Phi: .56$ zeigt - eine starke Beziehung zwischen den Variablen besteht. Die Wahrscheinlichkeit also, daß ein Patient, der Abbruchsäußerungen macht, auch tatsächlich abbricht, ist sehr hoch. Die Therapeuten erwarten den Abbruch entsprechend. Es gibt offenbar keine große Diskrepanz zwischen den Erwartungen der Therapeuten und den Äußerungen der Patienten bezüglich des Abbruchs.

Tab. 17: Wie haben Sie den Abbruch erlebt?

Abbruch erlebt	Abbrecher		Nicht-Abbrecher	
	N = 46	%	N = 0	%
erleichtert	16	(35%)	entfällt	
enttäuscht	17	(37%)		
neutral	13	(28%)		

Die Frage an die Therapeuten, wie sie den Abbruch erlebt haben, hatte zum Ziel, den Charakter ihrer affektiven Beteiligung im jeweiligen Abbruchsfall in Erfahrung zu bringen.

Wir fanden eine ungefähr gleichmäßige Verteilung auf die drei möglichen affektiven Reaktionen: Erleichterung bei 16 Abbrechern, Enttäuschung bei 17 und neutrales Verhalten bei 13 Patienten. Obwohl man erwartet hätte, daß die Therapeuten auf den von den Patienten schon geäußerten und von ihnen selber auch erwarteten Abbruchswunsch gelassen, d. h. affektiv neutral reagiert hätten, taten sie dies nur in einem Drittel der Fälle. Noch deutlicher wird die Aussage, wenn wir die affek-

tive Situation der Therapeuten speziell bei den Patienten betrachten, welche von vornherein Abbruchsabsichten geäußert hatten:

Tab. 18: Registriertes Erleben bei angekündigtem Abbruch

Abbruchserleben	Abbrecher, die von vornherein Abbruchsabsichten geäußert hatten	
	N=27	
erleichtert	13	(48%)
enttäuscht	5	(19%)
neutral	9	(33%)

Hier reagierten ebenfalls die Therapeuten in einem Drittel der Fälle neutral, aber sie reagierten affektiv beteiligt durchschnittlich häufiger (48% gegenüber 35%) erleichtert als enttäuscht auf den Abbruch. Das heißt also: von Abbruchswünschen der Patienten zu wissen, garantiert noch nicht eine affektiv neutrale Reaktion des Therapeuten auf den Abbruch. Der Therapeut scheint sogar häufiger erleichtert zu reagieren, wenn der Patient selber Abbruchswünsche geäußert hat. Das weist darauf hin, daß der Therapeut den Abbruch auch innerlich gewünscht haben könnte.

3.3.4 Erwartungen an die Therapie

Tab. 19: Konnte der Patient Ihnen sein Behandlungsanliegen vermitteln?

Behandlungsanliegen	Abbrecher		Nicht-Abbrecher	
	N=46	%	N = 46	%
ja	21	(46%)	44	(96%)
nein	25	(54%)	2	(4%)

$\chi^2 = 25.3$ Signif.: .00

Phi: .549 Gamma: .926

Konnten die Abbrecher ihrem Therapeuten ihr Behandlungsanliegen vermitteln? 25 Patienten (54%) konnten es nicht. Das Behandlungsanliegen ist häufig zu Beginn einer Therapie aufgrund der Beteiligung unbewußter Anteile am Entstehen des psychischen Konflikts dem Patienten selbst gar nicht so deutlich und manchmal erst im Prozeß der Behandlung zu finden. Von daher verwundert uns das Ergebnis nicht, daß es in den ersten vierzehn Tagen nur in der Hälfte der Fälle zu einer Klärung des Behandlungsanliegens gekommen war. Eher erstaunt uns das Ergebnis der Kontrollgruppe, daß nur 4% der Nicht-Abbrecher ihr Anliegen nicht vermitteln konnten, und wir stellen es in der Eindeutigkeit in Frage. Aber es besteht kein Zweifel daran, daß Abbrecher eher Schwierigkeiten haben, ihren Therapeuten ihr Behandlungsanliegen zu vermitteln (statistisch signifikant).

Tab. 20: Glauben Sie, daß zwischen den bewußten und den unbewußten Erwartungen an die Therapie bei diesem Patienten eine eher große oder eine eher kleine Diskrepanz bestand?

Diskrepanz	Abbrecher		Nicht-Abbrecher	
	N=45	%	N=46	%
eher groß	19	(42%)	13	(28%)
eher klein	4	(9%)	28	(61%)
nicht klärbar	22	(49%)	5	(11%)

$\chi^2 = 13.30$ Signif.: .00

Phi: .438 Gamma: -.821

Kontingenz-Koeff.: .438

Der Patient hat im allgemeinen nicht nur bewußte, verbalisierbare Erwartungen an die Therapie, sondern auch unbewußte Erwartungen können eine mehr oder weniger starke Triebkraft seines Therapiewunsches sein. Ihr Vorhandensein an sich ist

sicherlich noch nicht störend für die Aufnahme einer therapeutischen Beziehung. Schwierigkeiten ergeben sich erst dann, wenn die Diskrepanz zwischen bewußten und unbewußten Erwartungen sehr groß ist. Wenn die "eigentlichen" Motive für eine Therapie aus subjektiven Gründen verborgen bleiben müssen. Wenn ihr Bewußtwerden zuviel Angst macht, dann ist das Aufnehmen und Aufrechterhalten einer therapeutischen Beziehung gefährdet. Die unbewußten Erwartungsanteile beherrschen dann umso unberechenbarer die Szene.

Auf diesen Problembereich zielte die in Tab. 20 dargestellte Frage nach der Diskrepanz zwischen bewußten und unbewußten Erwartungen ab. Aus dem Grad und dem Charakter der Gegenübertragungsgefühle, auch aus widersprüchlichen Wahrnehmungen im Verhalten des Patienten hat der Therapeut im allgemeinen einen Hinweis auf die Diskrepanz, wenn auch eine Quantifizierung eher schwierig ist.

Das Ergebnis zeigt deshalb auch, daß fast in der Hälfte der Fälle (22 Patienten) die Frage nicht klärbar war. Bei 19 Patienten bestand eine eher große Diskrepanz, nur bei 4 Patienten eine eher kleine Diskrepanz zwischen bewußten und unbewußten Erwartungen. Die Verwendung der Kontrollgruppe ist bezüglich dieser Frage wenig aussagekräftig, da die Übermittlung von Wahrnehmungen und Gefühlen der Therapeuten über die Akteneintragung mit erheblichen Fehlern behaftet sein kann. Die statistisch signifikante Abhängigkeit der Variablen Abbruch und Diskrepanz soll deshalb mit großer Einschränkung mitgeteilt werden. Aber es scheint sich als Trend die Hypothese zu bestätigen, daß bei Abbrechern eine große Diskrepanz zwischen bewußten und unbewußten Erwartungen besteht.

Tab. 21: Hatten Sie den Eindruck, daß der Patient während der Therapie auf einen neuen Aspekt seiner Problematik gestoßen war?

Neuer Aspekt	Abbrecher		Nicht-Abbrecher	
	N=46	%	N=46	%
ja	7	(15%)	30	(65%)
nein	27	(59%)	5	(11%)
nicht geklärt	12	(26%)	11	(24%)

Chi² = 26.85 Signif.: .00

Phi: .652 Gamma: .917

Die Bedeutung eines möglichst baldigen Aspektwechsels gegenüber der eigenen Problematik für das Gelingen einer Therapie ist aus der Gesprächstherapie bekannt: der Patient müsse möglichst rasch sein Problem aus einem anderen Blickwinkel betrachten können, um Vertrauen in die Behandlung zu bekommen.

Die von uns gestellte Frage, inwieweit der Patient auf einen neuen Aspekt seiner Problematik gestoßen war, zeigte recht eindeutig, daß dies den Abbrechern bis zum Zeitpunkt ihres Abbruchs in der Mehrheit nicht gelungen war (27 nein, 7 ja). Nun wurde die Frage bezüglich des Aspektwechsels nicht an die Betroffenen selber, sondern an ihre Therapeuten gerichtet. Von daher ist eine Unsicherheit in der Beantwortbarkeit dieser Frage durchaus gegeben, was sich darin äußert, daß bei 12 Abbrechern diese Frage nicht klärbar war.

Die Kontrollgruppe "Nicht-Abbrecher" konnte zur statistischen Bewertung ohne Schwierigkeiten verwendet werden, da die Akten ausreichende Informationen zu dieser Frage hergaben. Abbrecher unterscheiden sich statistisch signifikant in dieser Frage von den verbleibenden Patienten. Dabei ist die Wahrscheinlichkeit, daß ein Patient, der in den ersten vierzehn Tagen nicht auf einen neuen Aspekt seiner Problematik gestoßen war, die Behandlung abbricht, sehr hoch (Phi: .65, Gamma: .91).

3.3.5 Fertigkeiten der Therapeuten (Fehlerhafte Technik)

Die Schwierigkeit, nach den Fertigkeiten der Therapeuten zu fragen, auch dem Aspekt von evtl. fehlerhafter Technik nachzugehen, liegt verständlicherweise darin, daß auch Therapeuten trotz guten Willens auf solche Fragen unbewußt mit einer gewissen Abwehr reagieren. Gefährden doch solche Fragen auch immer das Selbstwertgefühl der Therapeuten, als ginge es hintergründig um die Frage, ob der Therapeut gut oder schlecht gearbeitet hat. Bei den hier gestellten Fragen, welche die Technik und Fertigkeiten der Therapeuten ansprechen, waren wir darauf bedacht, diese so zu formulieren, daß der bewertende und beurteilende Aspekt sich möglichst nicht hinderlich auf ihre Beantwortung auswirkte.

Tab 22: Konnten Sie sich in die Problematik des Patienten einfühlen?

Einfühlung	Abbrecher		Nicht-Abbrecher	
	N=46	%	N=0	%
ja	24	(52%)	entfällt	
nein	8	(17%)		
nicht klärbar	13	(28%)		

Das Ergebnis der Tab. 22, inwieweit die Therapeuten sich in die Problematik der Abbrecher einfühlen konnten, überrascht auf den ersten Blick dadurch, daß in der Mehrheit (bei 24 Patienten) die Therapeuten sich einfühlen konnten. Wir hätten gerade bei den Abbruchspatienten erwartet, daß die Therapeuten mit ihrer Einfühlung mehr Schwierigkeiten gehabt hätten. Immerhin konnten die Therapeuten diese Frage recht häufig nicht klären. Die Kontrollgruppe Nicht-Abbrecher konnte bei dieser und der folgenden Frage zur Absicherung der Ergebnisse nicht mit verwendet werden, da es sich um Fragen an die Gefühle der Therapeuten handelte, welche aufgrund der Aktenlage nicht eindeu-

tig genug beantwortbar waren.

Daß Überraschenderweise die Therapeuten sich nur bei 8 Abbrechern nicht einfühlen konnten während sie 24-mal damit keine Schwierigkeiten hatten, erklären wir damit, daß die Therapeuten in der Beurteilung ihr Verhalten ein Stück idealisiert haben könnten. Denn ein Therapeut, der sich nicht einfühlen kann, versteht sich leicht als ein schlechter Analytiker. Vielleicht weist das Ergebnis aber auch darauf hin, daß die Therapeuten gerade bei den Abbrechern in eine unbewußte Identifikation mit der Problematik der Patienten geraten waren.

Tab. 23: Fühlten Sie sich den Erwartungen des Patienten gegenüber gewachsen?

Gewachsen gefühlt	Abbrecher		Nicht-Abbrecher	
	N=46	%	N=0	%
ja	12	(26 %)	entfällt	
nein	18	(39 %)		
nicht klärbar	16	(35 %)		

Bezüglich der Frage, inwieweit sich die Therapeuten den Erwartungen der Abbrecher gewachsen gefühlt hatten (Tab. 23), fanden wir eine relativ gleichmäßige Verteilung über die drei möglichen Antworten. Auffallend ist allerdings, daß bei immerhin 18 Patienten die Therapeuten sich trotz der erwarteten Hemmschwelle offen dazu bekannten, daß sie sich deren Erwartungen nicht gewachsen gefühlt hatten.

Tab. 24: Gewannen Sie einen für Sie überzeugenden Einblick in die Psychodynamik der Konflikte des Patienten?

Einblick in die Psychodynamik	Abbrecher		Nicht-Abbrecher	
	N=46	%	N=46	%
ja	16	(35%)	42	(91 %)
nein	30	(65%)	4	(9 %)

$\chi^2 = 29.15$ Signif.: .00

Phi: .585 Gamma: .903

Einblick in die Psychodynamik gewannen die Therapeuten nur bei 16 Patienten (35%). Bei zwei Drittel der Patienten konnte kein ausreichender Einblick gewonnen werden.

Es ist vorstellbar, daß aufgrund der Kürze des Aufenthaltes, der aus anderen Gründen abgebrochen wurde, eine ausreichende Klärung der Psychodynamik nicht vorgenommen werden konnte. Wahrscheinlicher jedoch ist, daß der nicht gelungene Einblick in die Psychodynamik selber ausschlaggebend für den frühzeitigen Abbruch der Patienten war, weil sie sich nicht genügend verstanden fühlten.

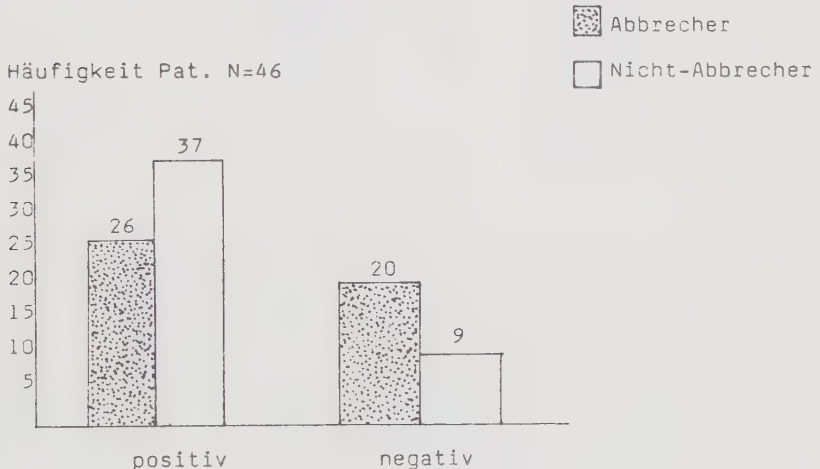
Die Kontrollgruppe war bezüglich dieser Frage gut verwertbar, und die statistische Auswertung zeigte eine signifikante Abhängigkeit der Variablen "Abbruch" und "Einblick in die Psychodynamik", wobei die Kontingenz der Variablen mit $\Phi = .58$ und $\Gamma = .90$ auf eine starke Beziehung hinweist; d. h., die Wahrscheinlichkeit, daß ein Patient die Behandlung abbricht ist sehr groß, wenn es seinem Therapeuten nicht gelungen ist, in den ersten vierzehn Tagen einen überzeugenden Einblick in die Psychodynamik der Konflikte des Patienten zu gewinnen.

3.3.6 Unverträglichkeiten in der therapeutischen Beziehung

Fanden sich in unserer Untersuchung auffällige Unverträglichkeiten in der Beziehung zwischen dem Therapeuten und seinem Patienten? Und helfen uns diese Auffälligkeiten evtl. das Abbruchsgeschehen weiter zu erhellen?

Wir betrachteten zunächst, wie die Therapeuten den Charakter der Beziehung zu den Patienten erlebten, die dann die Therapie abbrachen.

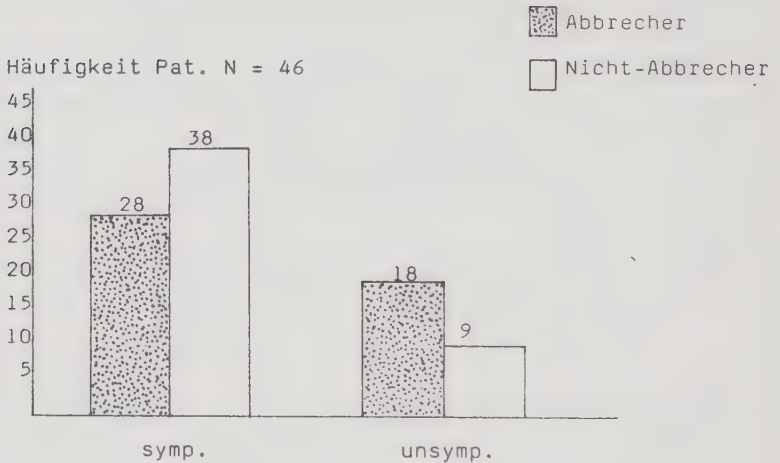
Abb. 10: Wie würden Sie den ersten therapeutischen Kontakt summarisch einschätzen?:



Signif.: .024 Phi: .257 Gamma: .519

Die Therapeuten schätzten den ersten therapeutischen Kontakt summarisch bei 26 Patienten (57%) positiv, bei 20 Patienten (43%) negativ ein. Gegenüber den Nicht-Abbrechern, bei denen zu 80 % die erste Einschätzung positiv war, unterscheidet sich der erste therapeutische Kontakt signifikant. Allerdings ist die Beziehung zwischen der Einschätzung des ersten therapeutischen Kontaktes und dem Abbruch eher schwach (Phi = .25).

Abb. 11: War Ihnen der Patient eher sympathisch oder eher unsympathisch?:



Signif.: .037 Phi: .241 Gamma: .506

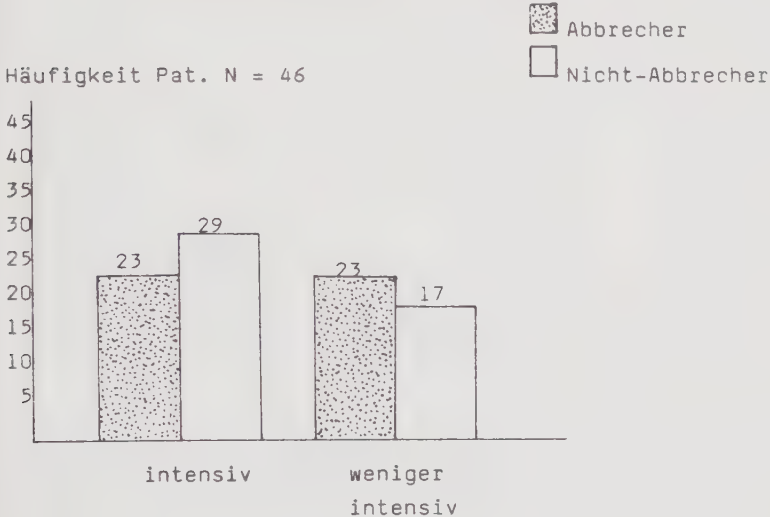
Ebenso waren die Abbrecher den Therapeuten 28 Mal sympathisch und 18 Mal unsympathisch. Auch hier fand sich ein signifikanter Unterschied zur Kontrollgruppe mit einer ebenfalls schwachen Abhängigkeit der Variablen voneinander. Den Therapeuten sind die Abbruchspatienten also häufiger unsympathisch, auch erleben sie den ersten therapeutischen Kontakt häufiger unter negativen Vorzeichen, wenn auch bei beiden Fragen die Differenz nicht besonders prägnant ist. Im Gegenteil, es ist eigentlich eher auffällig, wie häufig die Therapeuten den ersten Kontakt bei den Abbruchspatienten unter positiven Vorzeichen erlebt hatten.

Die beiden folgenden Fragen sollten der affektiven "Ladung" nachgehen, die in dem Kontakt mit den Abbrechern, vorhanden war. Unsere Hypothese war, daß gerade bei Abbruchspatienten die therapeutische Beziehung sich durch eine hohe affektive Spannung, welcher Qualität auch immer, auszeichnet.

Die innere Beteiligung der Therapeuten (Abb. 12) war weder

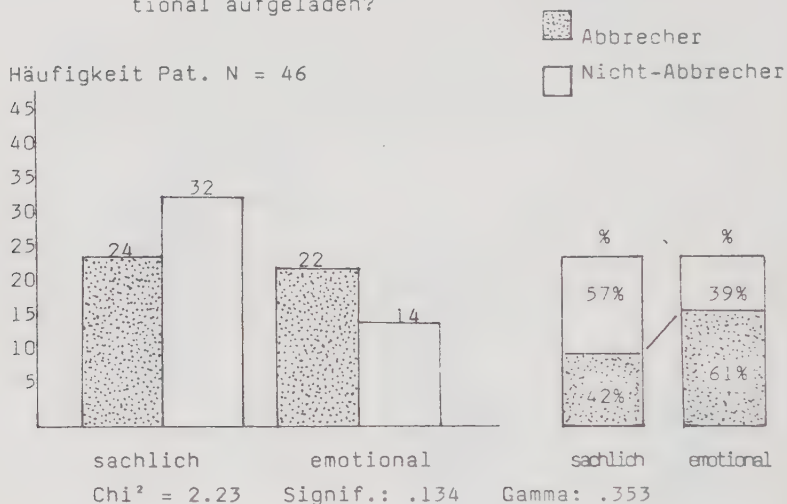
intensiver noch weniger intensiv. Ihre affektive Beteiligung unterschied sich auch nicht signifikant von der Kontrollgruppe.

Abb. 12: Wie war Ihre Beteiligung im Vergleich im anderen
Therapien: intensiver oder weniger intensiv?



Die Charakterisierung der therapeutischen Beziehung (Abb. 12) wurde in einer vergleichbaren Häufigkeitsverteilung vorgenommen:

Abb. 13: Wie würden Sie die therapeutische Beziehung charakterisieren: sachlich-problembezogen oder emotional aufgeladen?



Bei fast der Hälfte der Abbruchspatienten war die Beziehung emotional aufgeladen (48%). Diese Frage war ja durchaus wertend gemeint, wobei die Charakterisierung der therapeutischen Beziehung als emotional aufgeladen eher als hinderlich, die als sachlich-problembezogen eher als wünschenswert für eine fruchtbare therapeutische Arbeit angesehen wurde. Allerdings ist der hohe Anteil emotional aufgeladener therapeutischer Beziehungen bei den Abbruchspatienten statistisch nicht signifikant (Signif.: .134 > .05), so daß wir einen Unterschied zum Durchschnittspatienten nicht überzeugend nachweisen konnten.

Zusammenfassend läßt sich feststellen, daß die erwarteten Unverträglichkeiten in der therapeutischen Beziehung bei den Abbruchspatienten aufgrund der hier vorliegenden Fragen nicht deutlich wurden.

3.3.7 Übertragungs- und Gegenübertragungsprobleme

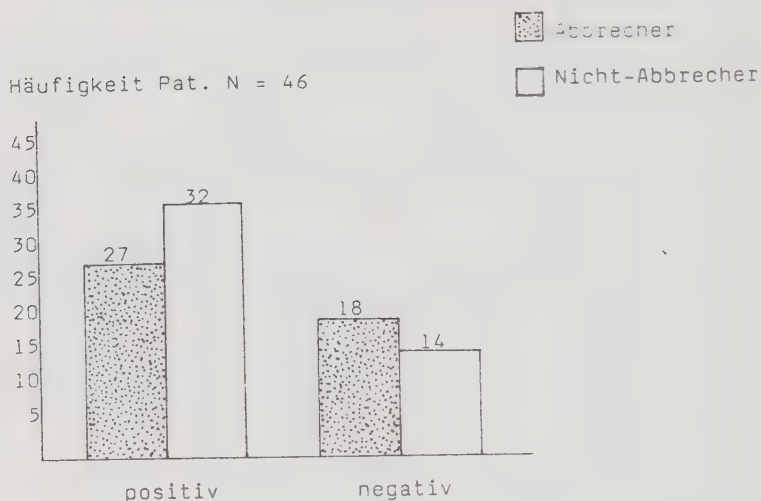
Die folgenden Fragen dienten der Absicht, dem Charakter der Beziehung bei den Abbruchspatienten noch deutlicher auf die Spur zu kommen. Wir versuchten dabei besonders, Aussagen über Übertragungs- und Gegenübertragungsgefühle zu erhalten.

Die Kontrollgruppe "Nicht-Abbrecher" mußte zur statistischen Verwertbarkeit mit großer Zurückhaltung verwendet werden; handelt es sich doch im Grunde dabei um die Erfassung von Gefühlen und Affekten aus zweiter Hand, nämlich durch Akteneinsicht, womit eine Einbuße an Feinheit verbunden sein mußte.

3.3.7.1 Gefühle von seiten der Patienten (Übertragungsgefühle)

Eine erste Orientierung brachte uns die Beantwortung der Frage, ob die Patienten eher positive oder eher negative Gefühle ihren Therapeuten entgegenbrachten (Abb. 14). In der Mehrheit, bei 27 Patienten, brachten die Abbrecher ihren Therapeuten positive Gefühle entgegen. Sie unterschieden sich hierin nicht auffällig von der Kontrollgruppe.

Abb. 14: Was für Gefühle brachte der Patient Ihnen entgegen, eher positive oder eher negative?:

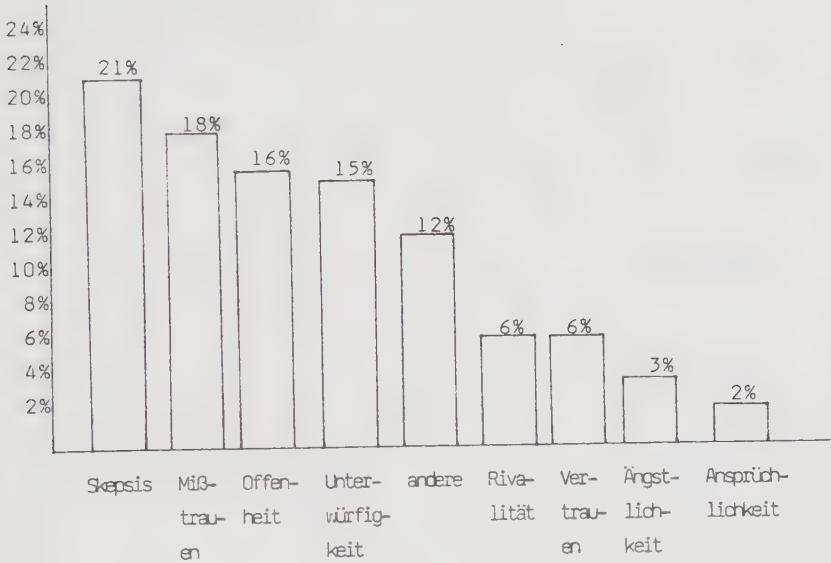


Dieser relativ hohe Anteil positiver Gefühle von Seiten der Abbrecher erstaunte uns und widersprach zunächst unseren Erwartungen.

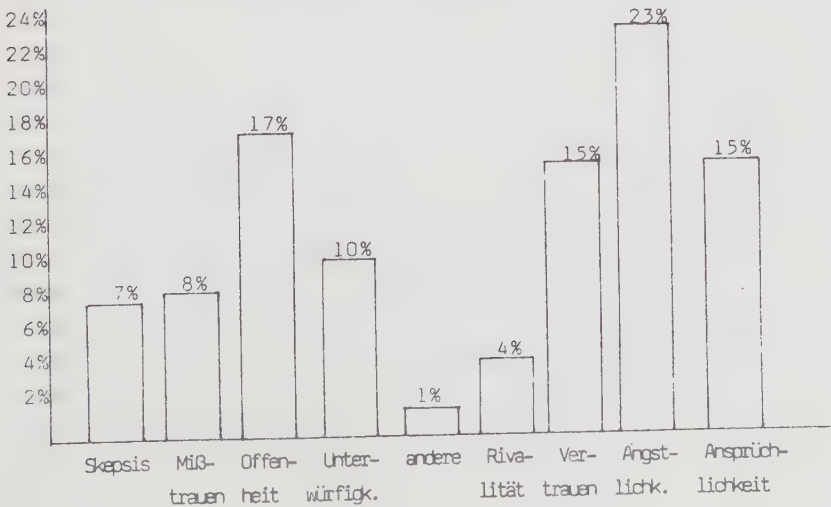
Es wurde dann den Therapeuten eine Liste von möglichen Gefühlen angeboten, welche die Patienten den Therapeuten entgegengebracht hatten. Sie konnten auch nicht vorgegebene Gefühle frei hinzufügen, und sie waren in der Angabe der Anzahl der Gefühle nicht begrenzt.

Es fand sich folgendes Ergebnis:

Abb. 15: Übertragungsgefühle
Abbrecher (N = 99)



Nicht-Abbrecher (N = 118)

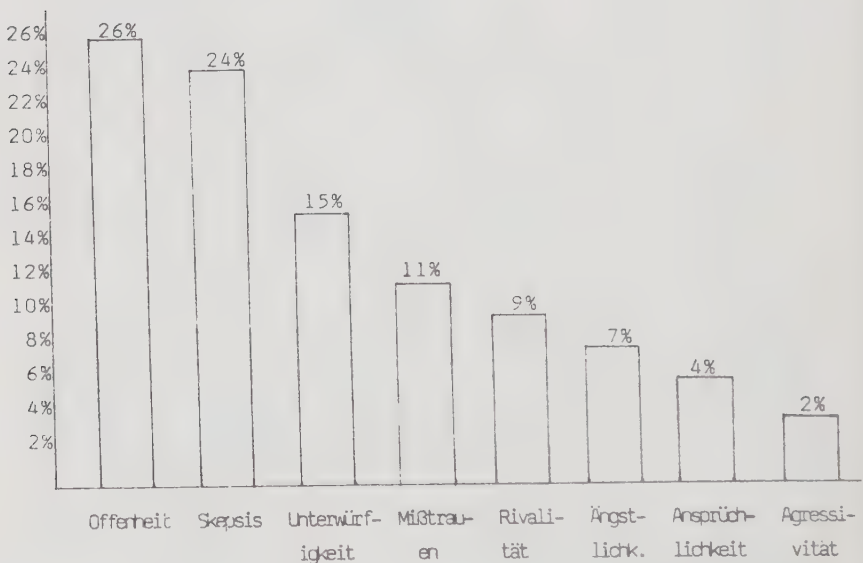


Insgesamt wurden 99 Gefühle angegeben, pro Abbrecher zwischen einem und vier Gefühlen, im Durchschnitt 2,6. Die ersten drei am häufigsten genannten Gefühle waren Skepsis, Mißtrauen und Offenheit. Zum Vergleich: bei der Kontrollgruppe waren die drei an erster Stelle genannten Gefühle, Ängstlichkeit, Offenheit und Vertrauen.

Von diesen genannten 99 Gefühlen konnten die befragten Therapeuten dann ein vorherrschendes Gefühl, welches die Patienten ihnen entgegengebracht hatten auswählen:

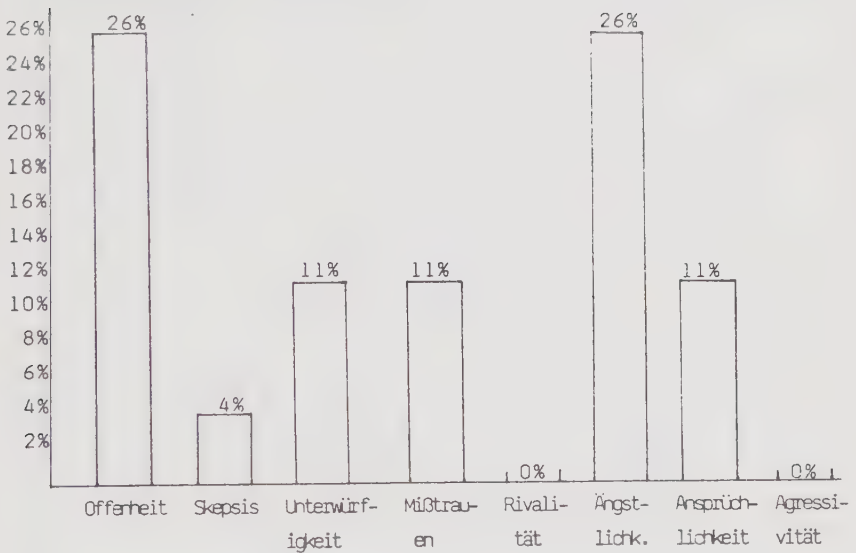
Abb. 16: Welches war das vorherrschende Gefühl, das der Patient Ihnen entgegenbrachte?:

Abbrecher N = 45



Signif.: .003 Cramér's V: .505

Nicht-Abbrecher N = 46



Signif.: .003 Cramrs V: .505

Offenheit, Skepsis und Unterwürfigkeit standen jetzt an vorderster Stelle. Offenheit wurde am häufigsten genannt, Mißtrauen nur noch an vierter Stelle.

In einem weiteren Schritt versuchten wir diese Ergebnisse weiter zu klären. Wir fragten uns dabei insbesondere, ob eine Übereinstimmung oder Diskrepanz zwischen den angegebenen Patienten-Gefhlen und der in Abb. 14 vorgenommenen summarischen Einschätzung der Patienten-Gefühle (positiv oder negativ) vorlag. Hierzu ordneten wir die angegebenen Patienten-Gefühle in drei Kategorien ein, in Gefühle mit eher positiver Tönung, in Gefühle mit eher negativer Tönung und in Gefühle mit ambivalenten Tönung, die weder negativen noch positiven Übertragungsgefühlen eindeutig zuzuordnen waren.

Wir nahmen dabei folgende Zuordnung vor:

Tab. 25: Patienten-Gefühle nach positiver, negativer und ambivalenter Tönung geordnet

Gefühle mit posit. Tönung	Gefühle mit negat. Tönung	Gefühle mit ambivalent. Tönung
Offenheit Vertrauen andere	Mißtrauen Rivalität Ansprüchlichkeit Unterwürfigkeit andere	Skepsis Ängstlichkeit andere

Die zwölf von den Therapeuten selber formulierten Gefühle (andere Gefühle) ordneten wir ebenfalls in die oben angegebenen Kategorien ein:

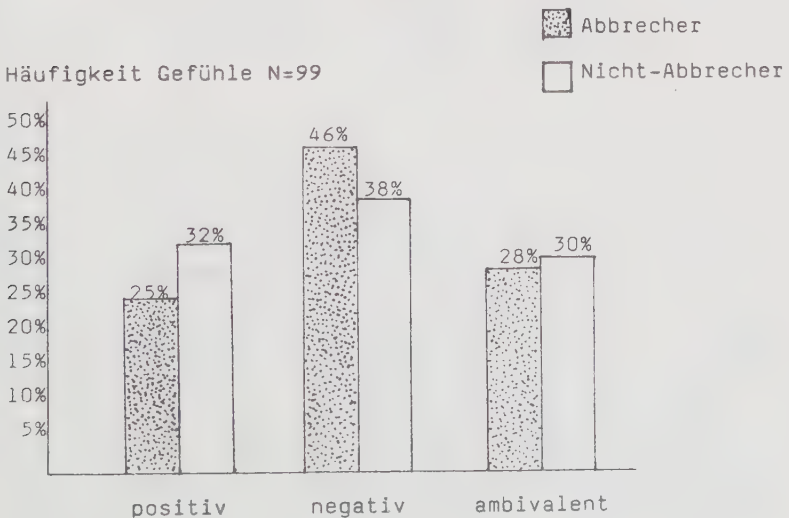
Tab. 26: Zuordnung "anderer" Patientengefühle zur jeweiligen Gefühlstönung positiv, negativ oder ambivalent

Andere Gefühle N = 12	Zuordnung zur jeweiligen Gefühlstönung.		
	positiv	negativ	ambivalent
Gleichgültigkeit			x
Distanzierung		x	
Heiterkeit	x		
Sympathie	x		
Agressivität		x	
Hilferufe			x
Distanz		x	
Klammernd			x
Haß		x	
Vertrauensselig	x		
Widerstand		x	
Mitleid			x
12	3	5	4

Damit kamen wir zu folgender prozentualer Verteilung (Abb. 17): 25% Gefühle mit positiver Tönung, 47% Gefühle mit eher negativer Tönung und 29% mit eher ambivalenter Tönung. Es überwiegen also bei dieser Aufschlüsselung die Gefühle mit eher negativer Tönung (47%): Mißtrauen und Unterwürfigkeit wurden unter den negativen Gefühlen dabei am häufigsten genannt.

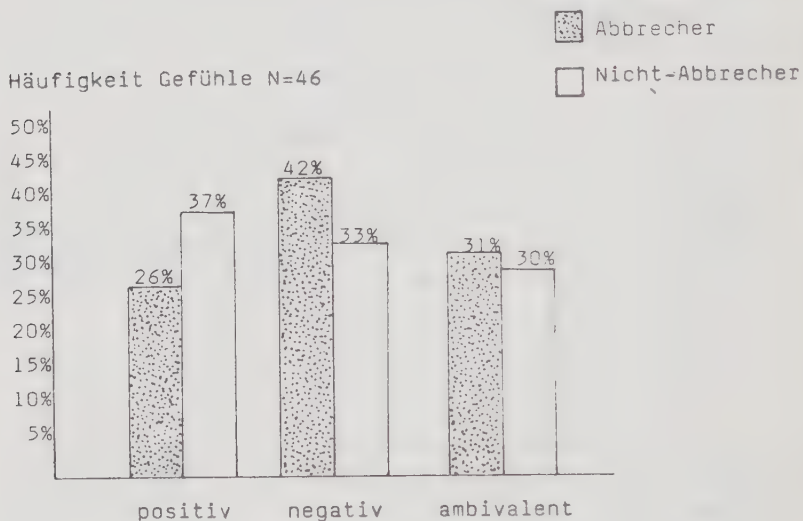
Skepsis konnten wir nicht eindeutig als positives bzw. als negatives Übertragungsgefühl definieren; einerseits ist es ein für die Psychotherapie wünschenswertes und durchaus ein den Anfang einer Psychotherapie begleitendes Gefühl, womit sein positiver Charakter bezeichnet wird. Andererseits aber gibt es auch eine Skepsis, die einen in Richtung Mißtrauen gehenden negativen Charakter beinhaltet. Wie hoch der Anteil dieser mißtrauischen Skeptiker unter den Abbrechern war, wissen wir nicht. Jedenfalls würde damit die Kategorie der Gefühle mit eher negativer Tönung über 46% hinaus ansteigen.

Abb. 17: Patienten-Gefühle insgesamt, nach positiver, negativer oder ambivalenter Tönung geordnet:



Entsprechend dem oben angegebenen Verfahren haben wir ebenfalls die vorherrschenden Patientengefühle (Abb. 16) in die drei Kategorien aufgeschlüsselt und erhielten folgendes Ergebnis (Abb. 18):

Abb. 18 Vorherrschende Patientengefühle, nach positiver, negativer oder ambivalenter Tönung geordnet:



Also auch hier fand sich eine relative Mehrheit (42%) von Gefühlen mit eher negativer Tönung.

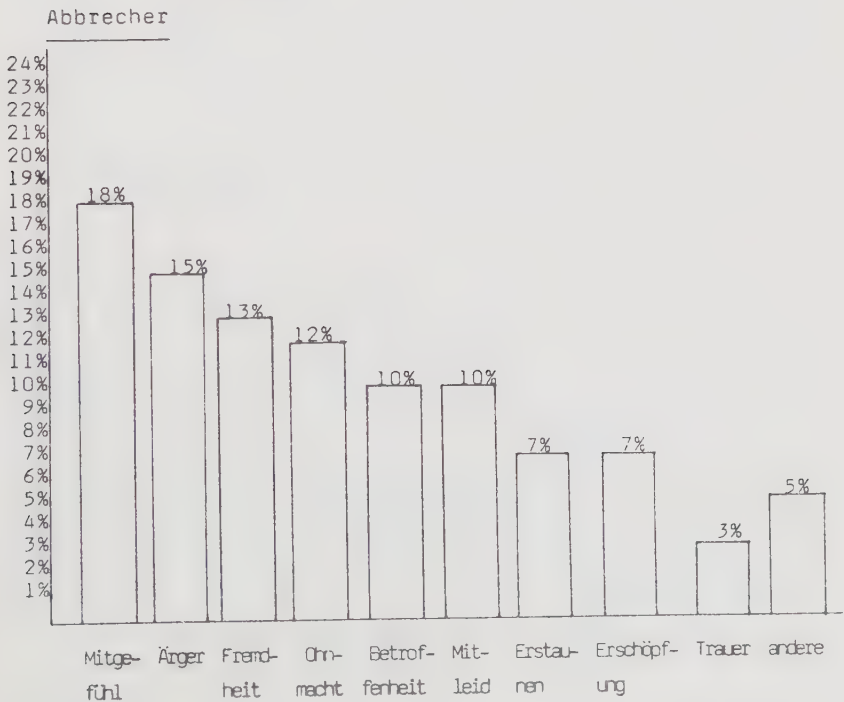
Wir wurden hiermit also auf einen Widerspruch aufmerksam gemacht, den wir näher beleuchten wollen: wurden die Therapeuten direkt danach gefragt, ob die Patienten-Gefühle eher positiv oder eher negativ waren, dann entschieden sie sich in der Mehrheit (27 Pat. = 59%, Abb. 14) für eher positive Gefühle. Nannten sie dann die Gefühle genauer, ohne daß nach der Tönung oder ihrer Wertigkeit gefragt war, dann fand sich ein anderes Bild: die Therapeuten nannten mit relativer Mehrheit Gefühle, welche eine negative Gefühlstönung haben, nämlich Mißtrauen, Rivalität, Ansprüchlichkeit und Unterwürfigkeit (zusammen 47%). Würden wir Skepsis in seiner negativen Bewer-

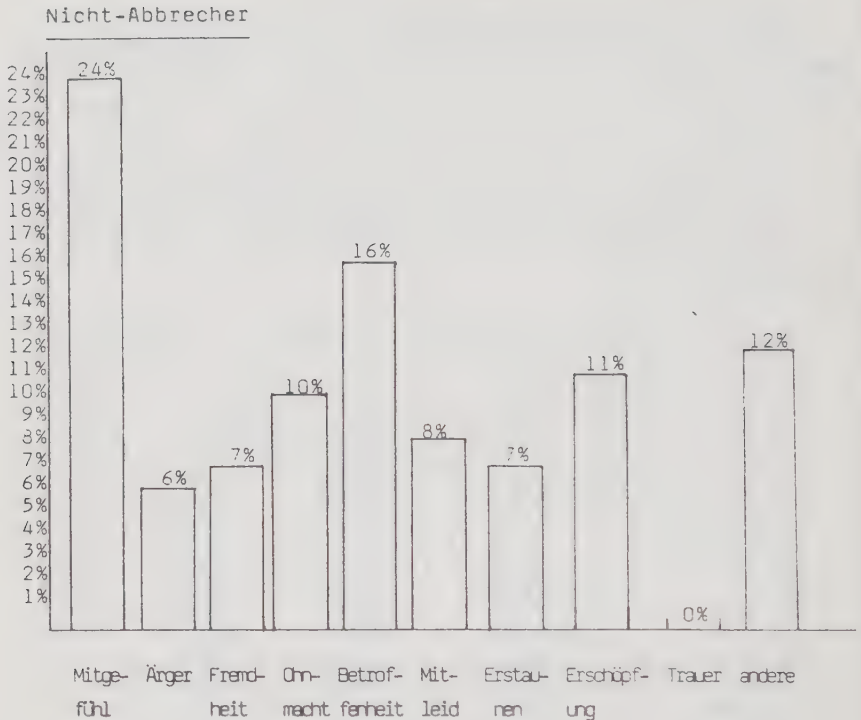
tung noch hinzunehmen, kämen wir sogar auf 57%. Die vorherrschenden Patientengefühle bestätigen das Überwiegen negativ getönter Gefühle.

Dieser hier beschriebene Widerspruch weist darauf hin, daß die Therapeuten bei den Abbrechern dazu neigen, negative Gefühle von seiten der Patienten zu übersehen. Sie werden zwar registriert, in ihrer negativen Gewichtung aber offenbar unterbewertet.

3.3.7.2 Gefühle von seiten der Therapeuten (Gegenübertragungsgefühle)

Abb. 19: Welche Gefühle erlebten Sie selbst bei diesem Patienten?:

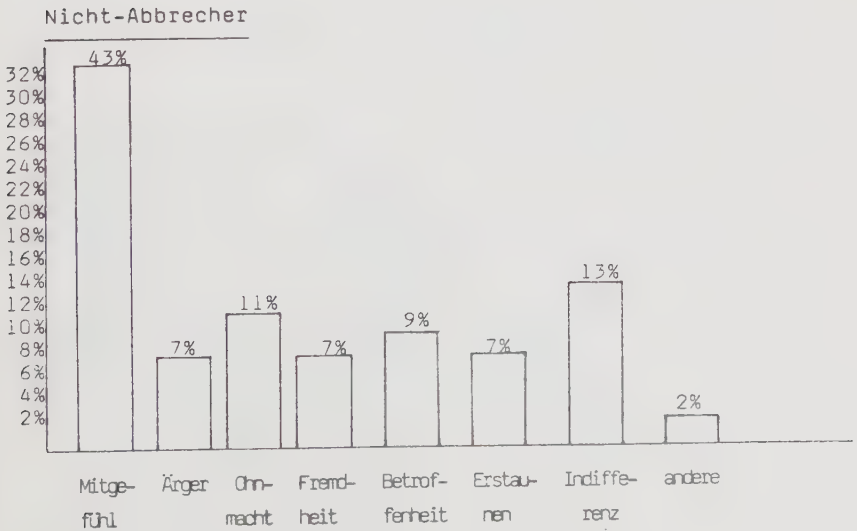
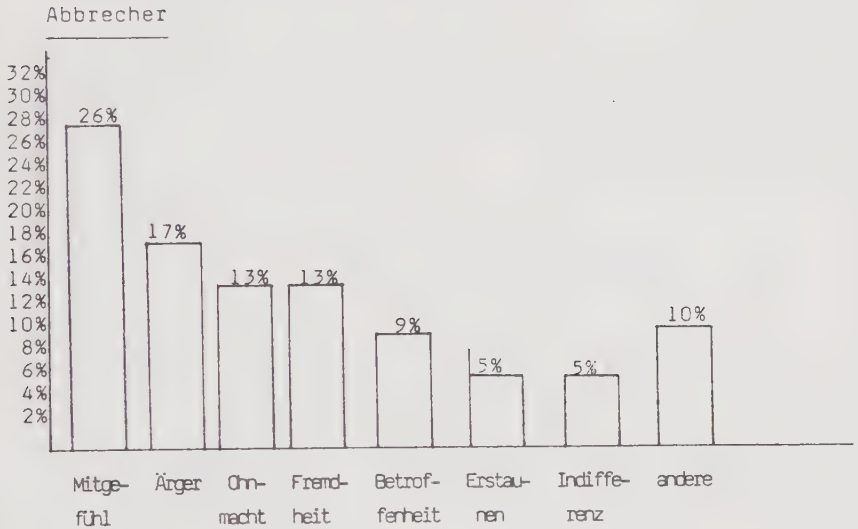




In der an die Therapeuten gerichteten Frage, welche Geföhle sie selber bei dem jeweiligen Abbrecher erlebt hatten, wurde nach den Gegenübertragungsgeföhlen gefragt (Abb. 19). Eine Liste von dreizehn möglichen Geföhlen wurde ihnen angeboten, wobei sie auch selber erlebte Geföhle frei hinzufügen konnten.

Es wurden insgesamt 136 Geföhle genannt, pro Abbrecher zwischen ein und sechs Geföhlen, durchschnittlich drei Geföhle pro Patient. In der Reihenfolge der Häufigkeit waren Mitgeföhl, Ärger und Fremdheit die drei am häufigsten genannten Gegenübertragungsgeföhle.

Abb. 20: Vorherrschende Therapeuten-Gefühle:



Eine ähnliche Häufigkeitsverteilung zeigte sich beim vorherrschenden Gegenübertragungsgefühl (Abo. 20): auch hier stand Mitgefühl an der Spitze (13 Mal), gefolgt von Ärger, Ohnmacht und Fremdheit.

Um Übersicht über die Wertigkeit der Gegenübertragungsgefühle zu bekommen, nahmen wir, wie schon bei den Patientengefühlen beschrieben, eine Einteilung nach dem Charakter der jeweiligen Tönung vor.

Tab. 27: Therapeuten-Gefühle nach positiver, negativer oder ambivalenter Tönung geordnet:

Gefühle mit posit. Tönung	Gefühle mit negativ. Tönung	Gefühle mit ambivalenter Tönung
Mitgefühl Freude	Ohnmacht Fremdheit Ärger Wut Erschöpfung Trauer Angst Mitleid andere	Betroffenheit Erstaunen Indifferenz andere

Die vier von den Therapeuten selber formulierten Gefühle (andere Gefühle) ordneten wir ebenfalls den drei Kategorien zu:

Tab. 28: Zuordnung "anderer" Therapeuten-Gefühle zur jeweiligen Gefühlstönung positiv, negativ oder ambivalent

Andere Gefühle N = 4	Zuordnung zur jeweiligen Gefühlstönung		
	positiv	negativ	ambivalent
Ratlosigkeit		x	
genervt		x	
Erschrecken		x	
Kontakt nicht abbrechen lassen			x

Faßten wir auf diese Weise die Gegenübertragungsgefühle zusammen, so erhielten wir folgende Häufigkeitsverteilung, wobei wir zum Vergleich und zur Absicherung die Verteilung der vorherrschenden Gegenübertragungsgefühle mithinzufügten (Diagramm 47):

Abb. 21: Therapeuten-Gefühle insgesamt, nach positiver, negativer oder ambivalenter Tönung geordnet:

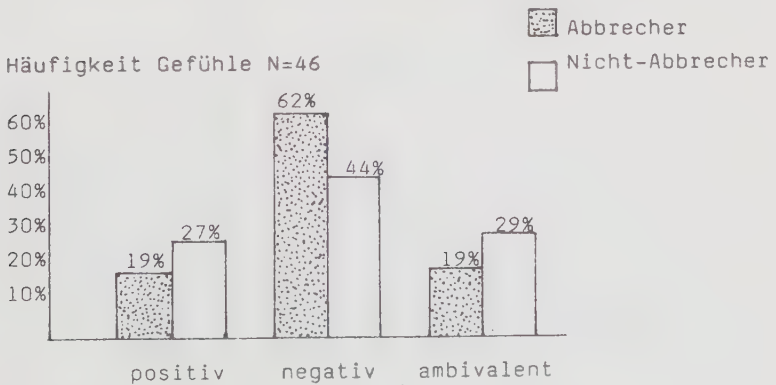
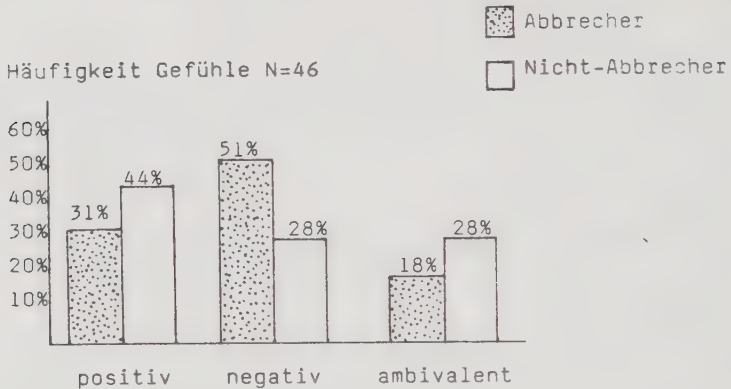


Abb. 22: Vorherrschende Therapeuten-Gefühle, nach ihrer jeweiligen Tönung geordnet:



Es zeigte sich also, daß die Gegenübertragungsgefühle bei den Abbrechern in der Mehrheit Gefühle mit negativer Tönung waren. Positive und ambivalente Gegenübertragungsgefühle waren dagegen in der Minderheit. Es bestätigt die Hypothese, daß bei den Abbrechern eher spannungsgeladene Gegenübertragungsgefühle vorhanden sind.

3.3.8 Selbsteinschätzung der Therapeuten im Vergleich mit ihren tatsächlichen erlebten Gefühlen

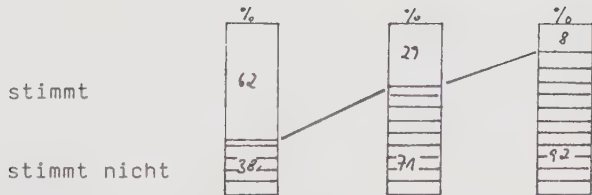
Wir brachten die im Allgemeinen Fragebogen ermittelten Angaben der Therapeuten zu ihrer grundsätzlichen Selbsteinschätzung im Umgang mit schwierigen Übertragungsproblemen in Beziehung mit ihren tatsächlich bei den jeweiligen Abbruchspatienten erlebten Gefühlen. Unsere Frage war dabei, ob die grundsätzliche Einstellung überhaupt einen Einfluß auf das Abbruchgeschehen hat und wenn ja, in welcher Weise.

Wie reagierten die Therapeuten, die negative Gefühle von Seiten ihrer Patienten grundsätzlich schlecht ertragen können, auf den jeweiligen Abbruch? Unterschieden sie sich in ihrem

Erleben dabei von denjenigen Therapeuten, denen negative Gefühle von Seiten ihrer Patienten nicht viel ausmacht?

Tab. 29: Allgemeiner Umgang mit negativen Übertragungsgefühlen und spezielles Abbruchserleben

Negative Gefühle mir gegenüber kann ich schlecht er- tragen	Therapeuten N = 11	Wie haben Sie den Abbruch erlebt		
		erleichtert	enttäuscht	neutral
stimmt		10	5	1
stimmt nicht		6	12	12
		16	17	13



Chi-Quadrat: 9.84 Signif.: .007

Cramèrs V: .462 Kontingenz-Koeff.: .419

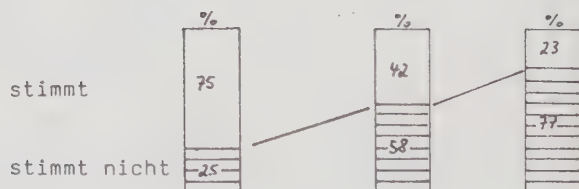
Die in Tab. 29 dargestellte Kreuztabelle zeigt, daß sich die Therapeuten in dem Erleben des Abbruchs tatsächlich unterscheiden, je nachdem wie sie grundsätzlich mit negativen Übertragungsgefühlen umgehen. Statistisch besteht eine Signifikanz bezüglich der Abhängigkeit der Variablen, wenn auch einschränkend zu berücksichtigen ist, daß die theoretisch geforderte Mindest-Zellenzahl von 6 pro Zelle in der ersten Spalte mit 16 (statt 18) knapp verfehlt wird. Die Beziehungskoeffizienten (Cramèrs V und Kontingenz-Koeffizient) weisen eine zwar nicht starke, aber durchaus gute Beziehung zwischen den Variablen aus. Die graphische Darstellung erleichtert dabei die Interpretation des Ergebnisses:

Therapeuten, welche negative Gefühle schlecht ertragen können, reagieren auf den Abbruch der Patienten häufiger erleichtert. Diejenigen dagegen, die negative Gefühle ertragen können, reagieren eher enttäuscht oder neutral auf den Abbruch.

Wir Überprüfen dieses Ergebnis mit der in Tab. 30 erstellten Kreuztabelle.

Tab. 30: Allgemeiner Umgang mit Spannung und spezielles Abbrucherleben

	Therapeuten N = 11	Wie haben Sie den Abbruch erlebt			
		erleichtert	enttäuscht	neutral	
Spannung kann ich nicht gut aushalten	stimmt	12	7	3	22
	stimmt nicht	4	10	10	24
		16	17	13	



Chi-Quadrat: 9.22 Signif.: .016

Cramérs V: .422 Kontingenz-Koeff.: .389

Dabei ging es um den Umgang der Therapeuten mit Spannung in der therapeutischen Beziehung. Es fand sich eine klare Abhängigkeit zwischen ihrem grundsätzlichen Umgang mit Spannung und ihrer affektiven Beteiligung beim Abbruchgeschehen selber.

Das heißt also: Therapeuten, welche Spannung nicht gut aus-

halten können, reagieren eher affektiv geladen und zwar erleichtert auf den Abbruch. Eher gelassen reagieren diejenigen, die auch grundsätzlich davon überzeugt sind, daß sie mit Spannung gut umgehen können.

Wir konnten also zeigen, daß Therapeuten, die überhaupt Schwierigkeiten im Umgang mit negativen Übertragungsgefühlen haben, dem Abbrecher gegenüber eher affektiv geladen reagieren. Daraus läßt sich allerdings nicht der Schluß ziehen, daß mit diesem Verhalten der Therapeuten der Abbruch gefördert wird.

3.3.9 Weiteres Schicksal der Abbrecher

Über das weitere Schicksal der Abbrecher waren die Therapeuten nur bei 5 Patienten informiert. Davon wurden 4 Patienten nach einiger Zeit noch einmal aufgenommen. Bei einem Patienten wurde die Wiederaufnahme ausdrücklich bedauert, bei einem anderen Patienten wurde der erfolgreiche Abschluß der darauf erfolgten Therapie ausdrücklich betont.

Unterschieden sich diese vier Patienten, die wieder aufgenommen wurden, in den Augen ihrer Therapeuten von den übrigen Abbrechern? Aufgrund der geringen Anzahl konnten keine statistisch abgesicherten Ergebnisse vorgelegt werden, aber die besonderen Auffälligkeiten im Vergleich zu den übrigen Abbrechern sollen hier aufgezeigt werden.

Alle vier Patienten konnten ihr Behandlungsanliegen vermitteln (übrige Abbrecher 46%), alle vier waren bis zum Zeitpunkt des Abbruchs auf einen neuen Aspekt ihrer Problematik gestoßen (übrige Abbrecher nur 15%!).

Der erste therapeutische Kontakt wurde von allen positiv eingeschätzt (übrige Abbrecher 57%), und den Therapeuten waren alle Patienten sympathisch. Die therapeutische Beziehung wurde bei allen 4 als sachlich-problembezogen charakterisiert (52% die übrigen Abbrecher).

Diese 4 Patienten, die nach dem Abbruch wieder aufgenommen wurden, was auf einen positiven Ausgang des Abbruchsgeschehens

schließen läßt, unterschieden sich in folgenden Merkmalen von den übrigen Abbrechern: auch wenn ihre Prognose nicht günstig eingeschätzt wurde, so konnten sie verdeutlichen, was ihr Behandlungsanliegen war. Dabei stand der therapeutische Kontakt unter positiven Vorzeichen und die Atmosphäre war sachlich.

4 DISKUSSION DER ERGEBNISSE

4.1 Die Therapeuten

Die Ergebnisse der allgemeinen Fragen an die Therapeuten (Kap. 3.2) haben uns einige recht wertvolle Mitteilungen über ihre Selbsteinschätzung gemacht. Aufgrund der geringen Grundgesamtheit waren statistische Absicherungen nicht möglich. Aber die Informationen machen es möglich, den (ideal ?) typischen Therapeuten dieser Untersuchung zu beschreiben:

Der Therapeut ist durchschnittlich 36 (- 38) Jahre alt, von Beruf Arzt, wobei der männliche Therapeut eher verstandesbetont, der weibliche eher gefühlsbetont ist. Er verfügt über einer längere klinische Berufspraxis von 5 und mehr Jahren, die er vornehmlich im Bereich Psychiatrie absolviert hat. Er befindet sich in psychoanalytischer Zusatzausbildung. Was die praktische Erfahrung in analytischer Psychotherapie angeht, ist er als Berufsanfänger zu betrachten. Auch bezüglich seiner Erfahrung in der hier untersuchten Klinik ist er ganz eindeutig eher Anfänger und hat als solcher eher Abbruchsprobleme mit seinen Patienten. Darin unterscheidet sich der Anfänger von dem erfahreneren Therapeuten. In seiner neurotoiden Struktur bekennt sich der männliche Therapeut gerne zu schizoiden Anteilen.

In seiner theoretischen Einstellung zum Beruf zeichnet er sich durch eine kritische Einstellung aus; gegenüber der Wirksamkeit seiner Methode ist er eher skeptisch eingestellt.

FRANK (1975) hatte eine suggestive Wirkung auf die Therapie postuliert, wenn die Therapeuten davon überzeugt sind, daß ihre Methode Erfolg erzielt. Solches Selbstbewußtsein zeigte der hier beschriebene Therapeut im allgemeinen nicht. Er steht im Spannungsfeld unterschiedlicher Berufsbilder; zwischen dem Bild des klassischen Psychoanalytikers einerseits und dem des psychoanalytisch orientierten klinischen Psychotherapeuten andererseits. Er orientiert sich in seinem therapeutischen Verhalten zum einen an der ihm zugewiesenen Rolle als Thera-

peut im klinisch- stationären Bereich: er ist in seinem therapeutischen Vorgehen eher aktiv, durchaus nicht nur gewährend, sondern auch fordernd. Zum anderen orientiert er sich - zumindest in seinem Anspruch und wahrscheinlich weniger in der Praxis - an dem idealtypischen Bild des klassischen Analytikers, der in seiner Privatpraxis Langzeitanalysen macht und sich jeglicher aktiv-eingreifenden Technik enthält. Auch in seinem beruflichen Engagement hält er eine therapeutische Distanz aufrecht. Er identifiziert sich nicht so leicht mit den Problemen des Patienten, opfert sich auch nicht für ihn auf. Aber er ist nicht unverletzlich, die Abbrüche lassen ihn manchmal an seinen Fähigkeiten zweifeln, und auch das Gefühl von Ohnmacht ist ihm nicht fremd. Die nüchtern-professionelle, auf die Aufgabe orientierte therapeutische Beziehung, wie sie von BAUM (1966) und HEINE (1960) gefordert wurde, bestätigt sich in unserer Untersuchung in der Praxis nicht. Die Therapeuten formulieren in der Mehrheit ein Engagement in ihrer Arbeit, welche sie persönlich in starkem Maße tangiert.

Im Umgang mit negativen Übertragungsgefühlen erlebt sich der Therapeut ebenfalls im Spannungsfeld von Anspruch und Wirklichkeit. Er leugnet durchaus nicht, daß ihm negative Übertragungen Schwierigkeiten machen können, aber er möchte auch nicht als jemand dastehen, der damit nicht umgehen kann.

Und welche Mitteilungen machte uns der "spezielle Fragebogen zum Therapieabbruch" über die Rolle der Therapeuten beim Abbruchgeschehen?

Auch wenn sie eher Berufsanfänger sind, so hatten sie keine Probleme, sich in die Problematik der Abbrecher einzufühlen. Auch deren Erwartungen gegenüber fühlten sie sich so häufig gewachsen wie bei den verbleibenden Patienten. Aber in die Psychodynamik der Problematik gewannen die Therapeuten ganz eindeutig bis zum Abbruch keinen ausreichenden Einblick. Wir konnten DENGROVE (1950) bestätigen, der die negativen Folgen eines fehlenden Verständnisses für die Psychodynamik beschrieben hatte. Allerdings mußte offen bleiben, was Ursache und was Wirkung ist: Hatte der Patient deshalb abgebrochen, weil dem The-

rapeuten die Psychodynamik nicht klar geworden war und sich deshalb der Patient nicht verstanden fühlte? Oder brach der Patient die Therapie ab, bevor die Psychodynamik ausreichend geklärt werden konnte ohne daß die fehlende Klärung für den Abbruch selber verantwortlich zu machen war?

4.2 Die Abbrecher

In der hier untersuchten Klinik brachen 14% der Patienten die Behandlung in den ersten 14 Tagen ab, davon 7% in den ersten 4 Tagen, 5% in dem für die Untersuchung wichtigen Zeitraum zwischen dem 5. und dem 14. Tag.

a) Die Abbrecher zeigten vom Alter und von der Geschlechtsverteilung her keine Unterschiede gegenüber den verbleibenden Patienten. In Beziehung zum Alter und Geschlecht ihrer Therapeuten fanden wir allerdings zwei Auffälligkeiten:

- Es brachen offenbar mehr Patienten bei männlichen als bei weiblichen Therapeuten ab.
- Männliche Patienten hatten besonders mit männlichen Therapeuten, die kaum älter sind als sie selber, Schwierigkeiten und neigten eher zum Abbruch. Die entsprechende Konstellation zwischen weiblichen Patienten und weiblichen Therapeuten hatte dagegen keine Auswirkung auf die Abbruchsbereitschaft. Es scheinen also die Aspekte von Rivalität, Konkurrenz und latenter Homosexualität besonders unter Männern vergleichbaren Alters in der Therapie eine konfliktrträchige und evtl. auch abbruchsfördernde Rolle zu spielen.

b) In der neurotischen Struktur zeigten die Abbrecher einen höheren Anteil schizoider Strukturanteile. Das entsprach unserer Erwartung, daß eine gestörte Intentionalität bei diesen Patienten die Herstellung und Aufrechterhaltung einer therapeutischen Beziehung erschweren kann.

c) Die Abbrecher wurden von ihren Therapeuten von vornherein prognostisch ungünstiger eingeschätzt.

d) Die Patienten, die von vornherein Abbruchsäußerungen

machten, brachen mit großer Wahrscheinlichkeit auch ab. Die Therapeuten erwarteten den Abbruch auch in gleichem Maße. Daß trotzdem ihre affektive Reaktion auf den Abbruch nicht neutral war, zeigt, daß die therapeutische Beziehung spannungsgeladen war.

e) Die von DENGROVE (1950) geforderte ausreichende Klärung des Behandlungsanliegens konnten wir bestätigen: die Abbrecher konnten ihr Behandlungsanliegen nicht ausreichend vermitteln.

Eine vermutete große Diskrepanz zwischen bewußten und unbewußten Erwartungen an die Therapie konnte nicht sicher als typisch für den Abbruchpatienten gewertet werden. Es bestätigte sich also die von BORGHI (1968) genannte Schwierigkeit, die Diskrepanz nachzuweisen.

Überzeugend ließ sich zeigen, wie wichtig ein möglichst baldiger Aspektwechsel gegenüber seiner eigenen Problematik für das Verbleiben des Patienten in der Therapie ist. Den Abbrechern war das eindeutig schlechter möglich, womit wir die Bemerkung von WÄLTI (1980) bestätigen konnten. Offenbar braucht der Patient das Gefühl, daß es noch eine andere Sichtweise seines Problems gibt, damit er hoffen kann, eine Lösung für seine Probleme zu finden. Dieses dann gewonnene Vertrauen in den Entschluß zu einer Psychotherapie mindert vorhandene Abbruchstendenzen. Bestätigt wurde das Ergebnis überzeugend dadurch, daß die 4 Patienten, welche die Therapie abgebrochen hatten, obwohl sie auf einen neuen Aspekt ihrer Problematik gestoßen waren, nach einiger Zeit zur Therapie wieder aufgenommen wurden; also im Grunde auch keine Abbrecher waren.

4.3 Die therapeutische Beziehung

Konnte unsere Untersuchung Hinweise dafür geben, daß eine gestörte therapeutische Beziehung vorgelegen hat? War die Verträglichkeit zwischen Arzt und Patient (HILER 1954) in der Beziehung mit dem Abbrecher nicht mehr gegeben? Konnten wir zeigen, daß der initiale Kontakt, der als entscheidend angesehen

wird (FREEDMAN 1968), gerade bei diesen Patienten spannungsvoll und explosiv war?

a) Der erste therapeutische Kontakt wurde von den Therapeuten negativ gesehen. Der Abbrecher war ihnen auf den ersten Blick eher unsympathisch. Zur Verdeutlichung kontrastierte dazu, daß alle vier Abbruchspatienten, welche später wieder aufgenommen wurden, ihren Therapeuten sympathisch waren. Nicht eindeutig nachweisen ließ sich allerdings, daß die Beziehung hoch geladen war. Die innere Beteiligung der Therapeuten unterschied sich nicht in der Intensität von den verbleibenden Patienten. In der Hälfte der Fälle wurde der Charakter der Beziehung nicht wünschenswert sachlich-problembefrachtet, sondern emotional aufgeladen bezeichnet, aber die Differenz zur Gruppe der Nicht-Abbrecher ließ sich statistisch nicht absichern. So schien die Verträglichkeit der therapeutischen Beziehung auch bei den Abbrechern gewahrt zu sein.

b) Wir konnten jedoch zeigen, daß die Gefühle, welche die Abbrecher ihren Therapeuten entgegenbrachten, mehrheitlich negativen Charakter hatten. Die Therapeuten täuschten sich dabei über die Qualität und Wertigkeit der Übertragungsgefühle; sie tendierten dazu, die Gefühle von seiten der Abbrecher bewußt positiver zu sehen, als sie sie innerlich erlebt haben müssen. Denn genauer aufgeschlüsselt waren Skepsis, Mißtrauen und Rivalität führende Übertragungsgefühle, welche sie selber angegeben hatten, obwohl sie summarisch die Übertragungsgefühle als positiv eingeschätzt hatten.

Die Gegenübertragungsgefühle hatten in der Mehrheit negativen Charakter: Ohnmacht, Fremdheit, Ärger und Wut machten über die Hälfte der Gegenübertragungsgefühle aus. Und trotzdem konnten sich die Therapeuten nicht dazu durchringen, die therapeutische Beziehung als emotional aufgeladen zu sehen. Dieses Phänomen scheint uns ein Hinweis darauf zu sein, daß beim Abbruchgeschehen eine agierende Gegenübertragung (DEHE 1979) von seiten der Therapeuten mitgewirkt haben kann. Dafür spricht, daß die Therapeuten auf

den Abbruch ihrer Patienten häufig emotional sehr beteiligt reagiert hatten (enttäuscht oder erleichtert). Wenn sie von den Abbruchswünschen ihrer Patienten schon wußten, reagierten sie noch häufiger erleichtert als enttäuscht. Das weist darauf hin, daß sie in manchen Fällen den Abbruch auch innerlich gewünscht haben (der ärztlich provozierte Abbruch; WÄLTI 1980). Dieser provozierte Abbruch ist als Ausdruck dafür zu verstehen, daß der Therapeut Schwierigkeiten hatte, die unbewußte Szene, die der Abbrecher nicht nur konstatiert, sondern in die er auch den Therapeuten mit hineingezogen hat, zu verstehen. Dafür spricht auch, daß die Psychodynamik nicht ausreichend geklärt worden war.

c) Die Art der affektiven Beteiligung der Therapeuten beim Abbruchgeschehen war abhängig davon, wie "gekonnt" sie überhaupt in ihrer Selbsteinschätzung mit negativen Übertragungsgefühlen im allgemeinen umgehen können. Schätzten sie sich selber so ein, daß sie eher Schwierigkeiten mit negativen Übertragungsgefühlen haben, so reagierten sie auf den speziellen Abbruch signifikant häufiger erleichtert. Haben sie dagegen im Umgang mit negativen Übertragungsgefühlen im allgemeinen keine Schwierigkeiten, so reagierten sie eher "neutral", also gelassen auf den Abbruch. DENGROVES Hypothese (1950), daß die ungekonnte Behandlung negativer Übertragungsgefühle ein häufiger Abbruchgrund sind, konnte durch unsere Untersuchung uneingeschränkt bestätigt werden.

Bemerkenswert ist, mit welcher Offenheit die hier beschriebenen Therapeuten ihre Selbsteinschätzung im Umgang mit negativen Übertragungsgefühlen vornahmen.

5 ZUSAMMENFASSUNG

In der vorliegenden Arbeit wurde der Behandlungsabbruch in der Anfangsphase der stationären Psychotherapie untersucht.

Als Untersuchungsmaterial dienten 46 Therapieabbrüche aus 3 Jahrgängen (1978-1980) der Privatklinik für Psychogene Störungen, Berlin.

Die Methodik bestand in der Auswertung eines zwei-teiligen Fragebogens, der von den Therapeuten derjenigen Patienten beantwortet worden war, welche die Behandlung abgebrochen hatten. Für die Kontrollgruppe wurden 46 verbleibende Patienten ("Nicht-Abbrecher") aus dem Patientengut als Zufallstichprobe ausgewählt.

Die Fragestellung gliederte sich in 3 Hypothesengruppen:

- a) Wie und welcher Art war die Beteiligung der Therapeuten beim Abbruchgeschehen?
- b) Gab es objektive abbruchsfördernde Momente von seiten der Patienten?
- c) Zeichnete sich die therapeutische Beziehung durch besondere Auffälligkeiten aus?

Die diskutierten Ergebnisse lassen sich folgermaßen zusammenfassen:

ad a)

Die befragten Therapeuten führten den Abbruch nicht auf technische Fehler zurück, auch wenn sie selber in ihrer therapeutischen Praxis eher Berufsanfänger sind. Sie konnten allerdings die Psychodynamik nicht befriedigend aufklären.

ad b)

Der Abbruch kam für beide Seiten nicht Überraschend. Das Behandlungsanliegen konnte nicht ausreichend geklärt werden, wobei der Patient in seinem Erklärungsmuster gefangen blieb, ohne daß sich ihm eine andere Sichtweise seiner Problematik eröffnete. Männliche Patienten schienen mit gleichgeschlechtlichen Therapeuten vergleichbaren Alters eher Schwierigkeiten zu haben.

ad c)

Entgegen unserer Hypothese konnte eine Störung der therapeutischen Beziehung im Sinne einer "Unverträglichkeit" nicht nachgewiesen werden. Die Übertragungs- und Gegenübertragungsgefühle hatten allerdings mehrheitlich negativen Charakter, über deren Ausmaß sich die Therapeuten nicht im Klaren waren. Obwohl die Abbruchswünsche der Patienten bekannt waren, reagierten die Therapeuten in der Mehrheit nicht gelassen, sondern enttäuscht oder erleichtert auf den Abbruch. In Verbindung mit dem nicht gelungenen Einblick in die Psychodynamik schien uns dieses Ergebnis dafür zu sprechen, daß eine "agierende Gegenübertragung", wie sie DEHE (1979) beschrieben hat, vorgelegen haben kann.

6 LITERATURVERZEICHNIS

- Baum, O.E., Felzer, S.B., D'Zumra, T.L., Shumaker, E.:
Psychotherapy, drop outs and lower socioeconomic
patients. Amer. J. Orthopsych. 36:
629-635 (1966)
- 2 Beck, D.: Gegenübertragungsprobleme bei der Kurzpsycho-
therapie. Z. psychosom. Med. Psychoanal. 19:
379 (1973)
- 3 Becker, H., Lüdecke, H.: Erfahrungen mit der stationären
Anwendung psychoanalytischer Therapie. Psyche 32:
1-20 (1978)
- 4 Beese, F. (Hrsg): Stationäre Psychotherapie. Vandenhoeck
und Ruprecht, Göttingen 1978.
- 5 Beese, F.: Indikation zur klinischen Psychotherapie. In:
Hau, T.F. (Hrsg): Klinische Psychotherapie in ihren Grund-
zügen. Hippokrates, Vandenhoeck u. Ruprecht.
Stuttgart/Göttingen 1975
- 6 Benninghaus, H.: Deskriptive Statistik. S. 100. Teubner.
Stuttgart 1982
- 7 Biermann-Ratjen, E., Eckert, J., Schwartz, H.J.: Gesprächs-
psychotherapie: Verändern durch Verstehen. S. 49. Kohlhammer,
Köln 1979
- 8 Borghi, J.H.: Premature termination of psychotherapy and
patient-therapist expectations. Amer. J. Psychother. 22:
460-473 (1968)
- 8 Chamberlin, C.R., Jr.: Running away during psychotherapy.
Bull Menninger Clinic 24: 288-294 (1960)

- 9 Chapman, A.H.: iatrogenic problems in psychotherapy.
Psychiat. Dig. 25:
23-29 (1964)
- 10 Colemann, J.V.: Patient-Physician relationship in psycho-
therapy. Am. J. Psychiat. 104:
638 (1948)
- 11 De Boor, C., Künzler, E.: Die psychosomatische Klinik und
ihre Patienten. S. 102. H. Huber u. E. Klett,
Stuttgart 1963
- 12 Dehe, W., Kontos, J., Merkert, F., Mentzos, S., Rothe, H.-J.:
Abgebrochene psychotherapeutische Behandlungen, Prax. Psycho-
ther. Psychosom. 24:
165-183 (1979)
- 13 Dengrove, E., Kutash, S.: Why patients discontinue treat-
ment in a Mental Hygiene Clinic. Am. J. Psychother. 4:
457-472 (1950)
- 14 Dührssen, A.: Analytische Psychotherapie in Theorie Praxis
und Ergebnissen. Vandenhoeck u. Ruprecht,
Göttingen 1972
- 15 Engel, A.: Wahrscheinlichkeitsrechnung und Statistik,
Bd. 1, S. 59, Klett,
Stuttgart 1981
- 16 Frank, J.D., Gliedman, L.H., Imber, S.D., Nash, E.H.,
Stone, A.R.: Why patients leave psychotherapy. Arch. Neurol.
Psychiat. 77:
283-295 (1957)

- 17 Freedman, N., Engelhardt, D.M., Hanhoff, L.D., Glick, B.S., Kaye, H., Buchwald, J., Stark, P.: Drop out from outpatient psychiatric treatment. Arch. Neurol. Psychiat. 80: 657-666 (1958)
- 18 Garfield, S.L.: A note of patient's reasons for terminating therapy. Psychol. Reports 13: 38 (1963)
- 19 Heigl, F.: Indikation und Prognose in Psychoanalyse und Psychotherapie. S. 228, 145. Vandenhoeck und Ruprecht, Göttingen 1978
- 20 Heigl, F., Neun, H.: Psychotherapie im Krankenhaus. S. 5, Vandenhoeck und Ruprecht, Göttingen 1981
- 21 Heine, R., Trosman, H.: Initial expectations of the doctor patient interaction as a factor in continuance in psychotherapy. Psychiatry 23: 275-287 (1960)
- 22 Hellwig, A.: Die Verarbeitung der Entlassung aus der stationären Psychotherapie. In: Heigl, F., Neun, H.,: Psychotherapie im Krankenhaus S 173-180 Vandenh. u. Rupr., Göttingen und Zürich 1981
- 23 Hiler, E.W.: An investigation of psychological factors associated with premature termination of psychotherapy. Diss. Abstr. 14: 712-713 Publication No. 7660 University of Michigan 1954
- 24 Kaye, H.E.: Drop out from outpatient psychiatric treatment; personality and situational determinants. Amer. Med. Assoc. Arch. Neurol. Psychiat. 80: 657-66 (1958)

- 25 König, K., Sachsse, U.: Die zeitliche Limitierung in der klinischen Psychotherapie. In: Heigl, F., Neun, H.: Psychotherapie im Krankenhaus. S. 168-172, Vandenhoeck und Ruprecht, Göttingen 1981
- 26 Koren, L., Goetzel, V., Evans, M.: The psychodynamics of failure in therapy. Am. J. Psychiatry 108: 37-41 (1951)
- 27 Lennardt, H.L., Bernstein, A.: The anatomy of psychotherapy. Columbia University Press, New York 1960
- 28 Mc Nair, D.M., Lorr, M., Callahan, D.M.: Patient and therapist influences on quitting psychotherapy. J. Consult. Psychology 27: 10 (1963)
- 29 Minsel, W.: Praxis der Gesprächspsychotherapie. Böhaus, Wien 1974
- 30 Nie, H.H., Hull, C.H., Jenkins, J.G., Steinbrenner, K., Bent, D.H.: SPSS. Statistical package for the social sciences. 1-675, Mc Graw-Hill, New York 1975
- 31 Riemann, F.: Die Struktur des Therapeuten und ihre Auswirkung in der Praxis, Psyche 13: 150-159 (1955/60)
- 32 Robinson, B.N., Anderson G.D., Cohen, E., Gazdzik, W.F., Karpel, L.C., Miller, A.H., Stein, J.R.: SIR; Scientific information retrieval, User's manual. Version 2. Evanston III. 1980
- 33 Ruffler, G.: Über die klinische Einleitung psychoanalytischer Behandlung, Psyche 10: 257 - 276 (1956/57)

- 34 Schulz, J.: Einige Erfahrungen aus einer analytisch-psychotherapeutischen Krankenstation. Zeitschrift f. psychosomat. Medizin 11: 104-119 (1965)
- 35 Szasz, T.S., Hollender, M.H.: The basic models of the doctor-patient relationship. AMA.Arch. Internal Medicine 97: 585-592 (1956)
- 36 Ticho, E.A.: Termination of psychoanalysis: treatment, goals, life goals. Psychosomat. Quart. 41: 351-333 (1972)
- 37 Trimborn, W., Brodthage, H. : Die Bewertung von Trennung und Entlassung im Rahmen der stationären Psychotherapie. In: Heigl, F., Neun, H.: Psychotherapie im Krankenhaus. S. 157-167, Vandenhoeck und Ruprecht, Göttingen 1981
- 38 White, A.M., Fichtenbaum, L., Dollard, J.: Measure for predicting dropping out of psychotherapy. J. Consult. Psychol. 28: 326 - 33 (1964)
- 39 Wiegmann, H.: Der Neurotiker in der Klinik, S. 50, Vandenhoeck und Ruprecht, Göttingen 1968
- 40 Wälti, J., Kolb, H.J., Willi, J.: Welche Patienten brechen eine psychiatrische Behandlung ab? Der Nervenarzt 51: 712-717 (1980)

7 ANHANG: DIE FRAGEBOGEN

1. TEIL: ALLGEMEINE FRAGEN AN DEN THERAPEUTEN

1 Chiffre des Therapeuten

--	--	--

2 Alter (in Jahren)

--	--

3 Geschlecht

1	männlich
2	weiblich

4 Beruf (Mehrfach-
ankreuzungen möglich)

☐	Arzt
☒	Psychologe

5 Dauer der klinischen
Berufspraxis insgesamt

1	0-2 Jahre
2	3-6 Jahre
3	7-10 Jahre
4	über 10 Jahre

6 Dauer der Berufspraxis in
Psychiatrie/Psychotherapie

1	0-2 Jahre
2	3-6 Jahre
3	7-10 Jahre
4	über 10 Jahre

7 Psychotherapeutische
Ausbildung in

1	analytischer Psychotherapie
2	nicht-analyt. Psychother.
3	(Richtung.....)
	keine

8 Ist die Ausbildung abgeschlossen

analyt. Psychotherapie
nicht-analyt. Psychoth.
nein

	1
	2
	3

9 Wenn nicht abgeschlossen,
Dauer der Ausbildung

0-2 Jahre
3-4 Jahre
5-6 Jahre
über 7 Jahre

10 Eigene Analyse (Lehr- und/oder
therapeutische Analyse)

ja
nein

	1
	2

11 Dauer der eigenen Analyse

0-1 Jahr
2-3 Jahre
über 4 Jahre

	1
	2
	3

12 Welcher neurotoiden Struktur

würden Sie sich zuordnen
1= depressiv, 2= zwanghaft
3= hysterisch, 4= schizoid

Hauptstruktur
Nebenstruktur

	1
	2

- 13 Die folgenden Fragen richten sich an Sie als Therapeuten;
wie Sie sich in Ihrem therapeutischen Verhalten -im Vergleich
zu anderen Therapeuten - sehen und einschätzen. Kreuzen Sie
das an, was auf Sie eher zutrifft
- 13,1 Ich glaube, daß ich mich als Therapeut eher aktiv ☐ eher abwartend dem Patienten gegenüber verhalte ☐
- 13,2 Ich glaube ich bin eher fordernd ☐ eher gewährend ☐
- 13,3 Ich bin eher verstandes-
betont ☐ eher gefühlsbetont ☐
- 13,4 Ich bin bezüglich der Wirk-
samkeit meiner Behandlungsmethode eher skeptisch ☐ eher zuversichtlich eingestellt ☐
- 13,5 Ich neige eher dazu den Therapieverlauf zu strukturieren ☐ eher ihn sich entwickeln zu lassen ☐
- stimmt stimmt
- 14,1 Negative Gefühle mir gegenüber kann ich besonders schlecht ertragen ☐ ☐ nicht
- 14,2 Ich identifiziere mich leicht mit den Problemen des Patienten ☐ ☐
- 14,3 Ich halte nicht viel von objektiven Prognosekriterien, verlasse mich da lieber auf mein Gespür ☐ ☐

		stimmt	stimmt nicht
14,4	Ich neige dazu mich für die Patienten aufzuopfern	☐	☐
14,5	Therapieabbrüche lassen mich leicht an meinen Fähigkeiten zweifeln	☐	☐
14,6	Ich kenne recht häufig das Gefühl von Ohnmacht in der Therapie	☐	☐
14,7	Für mich ist Therapeut-Sein mehr als ein Job, fast schon eine Lebenseinstellung	☐	☐
14,8	Spannung in der therapeutischen Beziehung kann ich nicht gut aushalten, dringe da eher auf rasche Klärung	☐	☐
14,9	Feindselige Gefühle von seiten des Patienten übersehe ich ganz gerne	☐	☐

Und nun noch zwei Fragen an Sie; bitte äußern Sie Ihre Ansicht
dazu in einer möglichst knappen Formulierung:

15,1 Empathie wird als ein wirksamer Faktor in der Psychotherapie
angesehen. Wie verstehen Sie Empathie?

.....

15,2 Was ist Ihrer Ansicht nach charakteristisch für die
therapeutische Beziehung?

.....

2. TEIL: SPEZIELLE FRAGEN ZUM THERAPIEABBRUCH

- 16 Chiffre des Therapeuten

--	--	--
- 17 Journal-Nr. des Patienten

--	--	--	--	--	--
- 18 Alter des Patienten (in Jahren)

--
- 19 Geschlecht

1	
2	

männlich
weiblich
- 20 Struktur-Diagnose des Patienten
1= depressiv, 2= zwanghaft
3= hysterisch, 4= schizoid

a	
b	

Hauptstruktur
Nebenstruktur
- 21 Um Ihren wievielten Behandlungsfall in der Klinik handelte es sich

1	
2	
3	
4	

1. Fall
2.-10. Fall
11.-50. Fall
Über 50. Fall
- 22 Nam der Patient

1	
2	

eher eigenmotiviert
eher fremdmotiviert
- 23 Wie schätzten Sie die Prognose ein

1	
2	
3	

eher günstig
eher ungünstig
nicht klarbar
- 24 Gewannen Sie einen für Sie überzeugenden Einblick in die Psychodynamik der Konflikte des Patienten
ja
nein

	1
	2
- 25 Konnte er Ihnen sein Behandlungsanliegen vermitteln
ja
nein

	1
	2
- 26 Äußerte er von vornherein Abbruchsabsichten
ja
nein

	1
	2
- 27 Wie würden Sie den ersten therapeutischen Kontakt summarisch einschätzen
eher positiv
eher negativ

	1
	2
- 28 Wie würden Sie die therapeutische Beziehung charakterisieren
eher sachlich-problembezogen
eher emotional aufgeladen

	1
	2
- 29 Hatten Sie den Eindruck, daß der Patient während der Therapie auf einen neuen Aspekt seiner Problematik gestoßen war
ja
nein
nicht geklärt

	1
	2
	3

30 Welche der Gefühle, die hier
aufgeführt sind, brachte der
Patient Ihnen entgegen

Offenheit
Mißtrauen
Rivalität
Unterwürfigkeit
Vertrauen
Skepsis

andere Gefühle
"

	1
	2
	3
	4
	5
	6
	7
	8

31 Und welches war das
vorherrschende Gefühl

.....

32 Glauben Sie, daß zwischen den bewußten
und den unbewußten Erwartungen an die
Therapie bei diesem Patienten eine
eher große oder eine eher kleine
Diskrepanz bestand

eher große
eher kleine
nicht klärbar

	1
	2
	3

33 War Ihnen der Patient

eher sympathisch
eher unsympathisch

	1
	2

34 Hatten Sie den Abbruch erwartet

ja
nein

	1
	2

35 Wie haben Sie den Abbruch erlebt

erleichtert
enttäuscht
neutral

	1
	2
	3

36 Fühlten Sie sich den Erwartungen
des Patienten gegenüber gewachsen

ja
nein
nicht klärbar

	1
	2
	3

- 37 Konnten Sie sich in die Problematik
des Patienten einfühlen
- ja
nein
nicht klärbar
- | | |
|--|---|
| | 1 |
| | 2 |
| | 3 |
- 38 War Ihre innere Beteiligung im
Vergleich mit anderen Therapien
- eher intensiver
eher weniger intensiv
- | | |
|--|---|
| | 1 |
| | 2 |
- 39 Was für Gefühle brachte der Patient
Ihnen entgegen
- eher positive
eher negative
- | | |
|--|---|
| | 1 |
| | 2 |
- 40 Und welche Gefühle erlebten Sie
selbst bei diesem Patienten
- Erstaunen
Mitgefühl
Freude
Ohnmacht
Fremdheit
Betroffenheit
Arger
Wut
Mitleid
Erschöpfung
Trauer
andere Gefühle.....
" -
- | | |
|--|----|
| | 1 |
| | 2 |
| | 3 |
| | 4 |
| | 5 |
| | 6 |
| | 7 |
| | 8 |
| | 9 |
| | 10 |
| | 11 |
| | 12 |
| | 13 |
- 41 Welches war das vorherrschende
Gefühl
-
- 42 Haben Sie nach dem Abbruch noch
einmal von dem Patienten gehört
- ja
nein
- | | |
|--|---|
| | 1 |
| | 2 |
- 43 Wenn ja, in welcher Weise
(z.B. Wiederaufnahme, Telefonat o.ä.)
-

LEBENS LAUF

Am 26.01.1945 wurde ich als dritter Sohn des Oberstudiendirektors Erwin Winkelmann und seiner Ehefrau Elisabeth, geb. Wilckens in Davos geboren. Vom 3. bis 9. Lebensjahr lebte ich in Buenos Aires in Argentinien, wo ich die ersten drei Jahre der Grundschule besuchte. 1954 erfolgte die Rückkehr nach Deutschland. Ich besuchte das Gymnasium in Detmold, wo ich 1964 das Abitur ablegte.

Nach einem einjährigen Studium generale am Leibniz-Kolleg der Universität Tübingen, begann ich dort mit dem Medizinstudium, das ich nach dem Physikum in München an der Medizinischen Fakultät der Technischen Universität fortsetzte und 1970 mit dem Staatsexamen abschloß. Es schloß sich ein zweijähriges Soziologiestudium in Heidelberg an, bevor ich meine Medizinalassistentenzeit in Berlin an verschiedenen Krankenhäusern absolvierte. Die Approbation erhielt ich am 15.02.1974.

Meine Ausbildung zum Arzt für Neurologie und Psychiatrie erfolgte von 1974 bis 1980 an der Nervenlinik Spandau in Berlin. Seit April 1980 bin ich ⁱⁿ der Privatklinik für psychogene Störungen (Leiter Dr. Kallfaß) tätig. Meine Weiterbildung zum Psychoanalytiker erfolgt am Institut für Psychotherapie.

